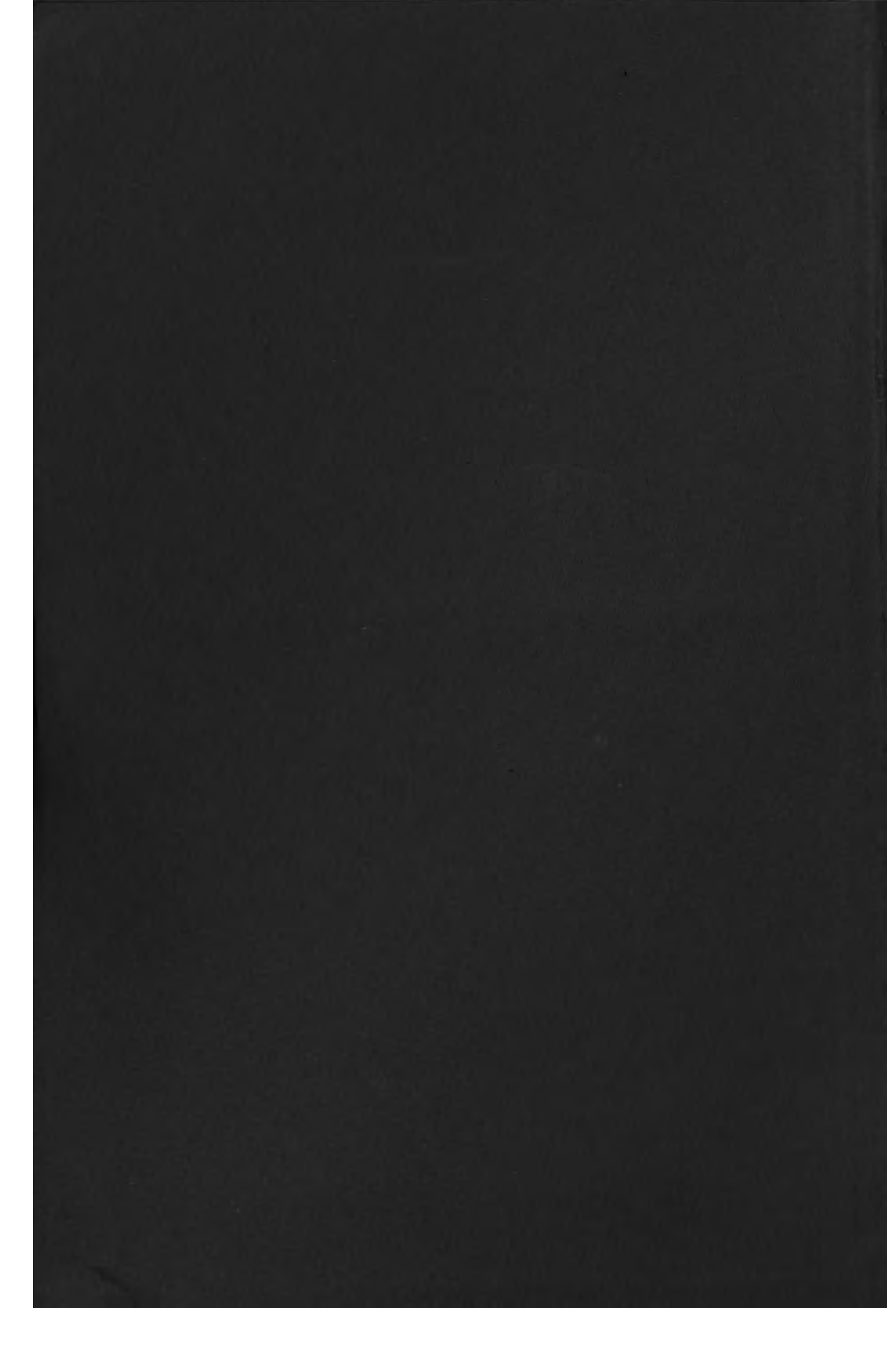




[redacted]

JOURNAL DE NEUROLOGIE

JOURNAL

DE

NEUROLOGIE

NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE

sous la direction de

X. FRANCOTTE
Professeur de Neurologie
et de Clinique Psychiatrique
à l'Université de Liége

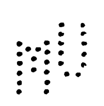
J. CROCQ
Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles
Médecin en chef
de la Maison de santé d'Uccle

TOME XVI. — ANNÉE 1911

BRUXELLES
IMPRIMERIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS
34, rue Botanique, 34

—

1911



TRAVAUX ORIGINAUX

Notes sur 20 cas de pellagre observés dans les asiles d'Auch (Gers) et de Saint-Lizier (Ariège)

par le Dr VOIVENEL
Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse

et L. FONTAINE
Interne des asiles

Des derniers travaux parus en France sur la pellagre et dont les plus importants sont : l'article du Prof. Régis, paru dans l'*Encéphale* du 15 août 1907 ; la thèse de son élève Le Fers (1) (Bordeaux, 1907), et le livre du Dr Auguste Marie (2), publié chez Giard et Brière en 1908, il ressort que la pellagre serait disparue des régions où on l'observa t et en particulier des Landes et du territoire pyrénéen.

Le Dr Auguste Marie écrit : « Régis, à Bordeaux, Mairet, à Montpellier, ont récemment fait une enquête qui clôt la série des études sur la pellagre en France, car elle démontre que la pellagre a vécu et qu'il en reste surtout des vestiges héréditaires, l'hérédo-pellagre, manifestée par des troubles mentaux ,des érythèmes rappelant ceux de leurs ancêtres et chez des gens qui n'ont jamais mangé du maïs, mais dont les parents furent empoisonnés par cet aliment. Les asiles d'Auch, de Montpellier et de Pau, contiennent encore quelques survivants des terribles folies pelagreuses que Th. Roussel avait, pour ainsi dire, tari dans leurs sources en dénonçant leur cause et en décidant, avec le corps médical de ces régions, la population à l'abandon de ce produit. La misère moins grande des populations a complété l'œuvre en affranchissant la France de l'emploi d'une céréale aujourd'hui abandonnée aux animaux. Espérons que la crise viticole et ses misères ne replongea plus le Midi dans ces douleurs. »

Aussi fûmes-nous étonnés de trouver, en 1908 et 1909, avec notre maître le Prof. Rémond (de Metz) et le Dr Chevalier-Lavaure, plusieurs pellagreux à l'Asile d'Auch. Nous fûmes d'autant plus étonnés qu'en 1907, au moment où M. le Prof. Régis écrivit à ce sujet au Dr Chevalier-Lavaure, il n'existait aucun cas de pellagre en activité.

De 1908 à 1910, MM. Chevalier-Lavaure et Monestier, interne de l'Asile, ont pu noter : *a*) trois folies post-pellagreuses ; *b*) un

---

(1) Francis LE FERO. La pellagre des Landes dans le passé et dans le présent. Thèse Bordeaux 1907.

(2) Dr A. MARIE. *La pellagre*, 1908.

hérédo-pellagreux; *c*) trois malades devenus pellagreux à l'Asile.

Tous ces malades ont présenté le trépied symtômatique: érythème et desquamation cutanée; troubles digestifs, diarrhée; troubles nerveux.

Sur sept malades, quatre étaient des Landes ayant toujours vécu dans les Landes; un était du Gers; un autre, enfin, né dans les Landes, habitait le Gers depuis une dizaine d'années et ne présenta de la pellagre que deux ans avant d'entrer à l'asile.

Voici, résumées par séries, les observations.

A. — FOLIES POST-PELLAGREUSES

OBSERVATION I. — D..., femme née à Morcenx, dans les Landes en 1848. Mariée, cultivatrice, menant une vie très misérable et mangeant du maïs.

Entrée à l'Asile d'Auch en juillet 1909. Au printemps de l'année, à la suite de fatigues considérables et de l'apparition d'une pellagre avec érythème et diarrhée, modifications du caractère: violences sur ses proches, tentatives d'incendie.

A l'Asile on constate: lésions des faces dorsales des mains et des pieds, démangeaisons, érythème par plaques avec, par endroits, des squames; sensation de brûlure stomacale dont se plaint la malade à l'entrée; diarrhée incoercible. La malade, agitée, hallucinée à l'entrée, ne tarde pas à tomber dans un état de prostation complète avec mutisme, sitiophobie, catatonie. Elle meurt quelques jours après son entrée.

OBSERVATION II. — D..., né à Baudiets, département des Landes. Entré à l'Asile d'Auch à l'âge de 58 ans. Tailleur. Il habite Bourrouilhan (Gers), depuis dix ans. Présente, depuis environ deux ans de la pellagre à répétitions avec sa triade classique, suivie chaque fois d'hallucinations auditives, d'obnubilation, de craintes imaginaires. Cet état, particulièrement intense au printemps 1908, le fait interner. Il meurt en décembre de la même année de cachexie pellagreuse. Jusqu'à quelques jours avant sa mort il présenta de l'exagération des réflexes tendineux et de la trépidation épileptoïde. Les renseignements ont appris que c'était un alcoolique qui ne mangeait pas du maïs.

OBSERVATION II. —G..., homme, 25 ans, né à Arné (Landes); domicilié à Lugan. Entré à l'Asile d'Auch le 27 novembre 1909.

A l'entrée: érythème pellagreux classique avec desquamation et. sous cette desquamation, peau en pelure d'oignon; diarrhée, adénite bacillaire à l'angle de la mâchoire, sommet droit induré. Teint terreux; apathie, perte des sentiments, négativisme, dépression habituelle; démence précoce avec réflexe patellaire exagéré, plantaire

diminué, crémasterien, abdominal normaux, brachycéphale, oreilles à lobule adhérent.

Pas de trace de pellagre dans les antécédents héréditaires. N'a jamais mangé de maïs. Actuellement, cicatrices de pellagre. Etat psychique identique.

Ainsi donc nous trouvons sur ces trois cas: un cas où le maïs peut être mis en cause. Dans les deux autres nous avons un alcooliqueet un dégénéré.

L'érythème et la diarrhée existent. Les troubles nerveux sont variables: dans deux cas exagération des réflexes tendineux. Quant aux troubles psychiques, nous voyons deux confusions mentales, forme la plus fréquente d'après le Prof. Régis, et une démence précoce.

B. — HEREDO-PELLAGRE

Observation. — Q..., 56 ans, né à Parentis en Born (Landes), cultivateur, célibataire, entre en décembre 1907 à l'Asile d'Auch.

Antécédents héréditaires: père et mère morts d'affections pulmonaires. Mère pellagreuse. Un oncle maternel pellagreux. Un frère bien portant.

Antécédents personnels: croup; a fait son service militaire; vie assez misérable. N'a jamais mangé du maïs. Pellagre il y a une quinzaine d'années.

En octobre 1907, premiers symptômes de délire mélancolique avec insomnies, hallucinations de l'ouïe, tentatives de suicide (se jette dans une rivière), confusion des idées.

Interné en décembre 1907, il présente à l'Asile un mélange d'idées mystiques et d'idées de persécution avec craintes imaginaires. Cet état s'améliore, mais la dépression recommence chaque fois qu'apparaît une période de diarrhée, diarrhée toujours accompagnée de l'apparition d'un érythème pellagroïde.

Etat de dépression particulièrement prononcé en juillet 1908: accès de mysticisme et de délire des persécutions, hallucinations terrifiantes. L... se bat la nuit avec le diable. Troubles de la cénesthésie; flammes qui le brûlent, sensations de brulûre, picotement, fourmillement. Nouvelle amélioration bientôt suivie de rechute en septembre 1908. Diarrhée intense, affaiblissement général, pellagre.

Examen physique. — Mésaticéphale. Légère asymétrie de la face. Tubercules de Darwin. Dentition très mauvaise. Muqueuse buccale et linguale rouge, excoriée, ptyalisme.

Tout jeune, il vit ses dents se carier très rapidement, puis tomber. A trente ans, il ne lui restait plus que quelques chicots (Agostini). Palais ogival; corps thyroïde normal; cou aimaigri; poumons

indurés aux sommets. Cœur: souffle systolique au foyer aortique; foie, rate, organes génitaux semblent normaux. Les membres supérieurs et inférieurs présentent, à la face dorsale des mains et des pieds, une peau rougeâtre, luisante formant une plaque assez étendue qu'entoure un épiderme fendillé et squameux. Sphincters continents. Thermométrie normale. Pouls en trachée d'oiseau. Sensibilité normale. Système musculaire atrophié, suivant le type Leyden-Mœbius. Parésie. Asthénie générale. Face figée dans une expression d'immense tritesse. Facies jauni, lèvres fendillées, cheveux peu abondants, secs; nombreuses rides sur le front. C'est au grand complet le tableau de l'hérédo-pellagreux de Sacchi.

Examen psychique. — Insomnies. Hallucinations nocturnes. Délire onirique. Tentatives de suicide, probablement d'origine hallucinatoire avant son entrée. Son intellectualité présente un affaiblissement global, une sorte d'asthénie que l'on peut mettre en parallèle avec son asthénie musculaire. Mélancolie avec troubles cénesthopathiques. Sentiments affectifs et sentiments éthiques normaux.

En résumé, confusion mentale hallucinatoire comme le soutient le Prof. Régis, avec dépression de cause toxique.

C. — ALIENES DEVENUS PELLAGREUX

Observation I. — C..., homme né à Nassiet (Landes), 60 ans. Cultivateur. Entre en juin 1904 pour impulsions violentes de nature épileptique.

Mort en mai 1908, en état de démence. Au cours de cet état de marasme, apparition d'un érythème pellagreux sur les mains et le visage, avec diarrhée intense, excoriation de la muqueuse linguale.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Observation II. — D..., né à Morcens. Entre à l'Asile en novembre 1905, à l'âge de 40 ans avec un certificat médical qui porte le diagnostic de délire alcoolique; s'est livré à des voies de fait sur ses proches. Confusion mentale extrême, avec, par intervalles, dépression extrême, des idées de jalousie, des inquiétudes, des hallucinations pénibles, terrifiantes de l'ouïe et de la vue. Tremblement caractéristique.

Sur ses derniers jours, vomissements, diarrhée, langue pelée, rouge, face érythémateuse, érythème avec zone desquamatrice à la face dorsale des mains et des pieds. Mort le 7 septembre 1909.

Observation III. — B..., 25 ans à l'entrée à l'Asile, né à Jegun (Gers). Pas d'antécédents pellagreux.

Entré en août 1898 avec un certificat médical ainsi conçu: Mélancolie hypochondriaque, hallucinations mal définies des différents sens, liées à des idées de persécution; ressent des douleurs lanci-

nantes dans les diverses parties de son corps et les attribue à des jeunes femmes qu'il connait bien, mais dont il ne peut dire le nom. A, au préalable, manifesté des idées plus ou moins érotiques et harcelait une femme de ses propos galants et même de ses exhibitions.

A l'asile, démence précoce avec attitudes maniérées; impulsions, perte complète des sentiments affectifs, alternatives de dépression et d'agitation intense, verbigération, violences parfois, cris, chant.

Stéréotypies, écholalie, accès catatoniques, négativisme intermittent. En 1900, en janvier, quelques troubles intestinaux apparaissent. A la suite d'une période d'agitation au cours de laquelle le malade refusait de prendre la nourriture qu'on lui donnait et mangeait toutes les saletés qu'il pouvait rencontrer (matières fécales, débris de toutes sortes).

Les mêmes phénomènes se reproduisirent en septembre après une courte période d'accalmie, s'accompagnant d'un état cachectique très marqué, d'œdème, de conjonctivite et d'un érythème que les registres ne précisent pas.

Ce mauvais état gastro-intestinal s'est manifesté depuis lors à plusieurs reprises, moins intense, et l'érythème n'est pas alors signalé.

En septembre 1909, toujours les mêmes raisons (coprophagie), diarrhée intense, œdèmes et apparition d'un érythème à la face dorsale des mains, peau en pelure d'oignon et, autour, une zone de larges et fines squames. Exagération de l'état de dépression. Le diagnostic de pellagre est porté. L'état général s'améliore sous l'influence d'un régime de désintoxication et l'érythème disparaît. Actuellement notre malade, relativement calme et se nourrissant bien, ne présente que la cicatrisation fine de cet érythème et un excellent état intestinal.

Etat physique. — Sous brachycéphale de Broca, indice céphalique 82.5. Légère asymétrie faciale, dents normales, palais ogival. Pas de signe du sourcil. Corps thyroïde semble normal. Organes digestifs normaux, léger subictère. Verge en massue. Implantation féminine des poils du pubis, grosse tache de vitiligo sur le pubis, vitiligo à l'avant-bras. A la face dorsale des mains, cicatrisation fine de l'ancien érythème pellagreux. Membres inférieurs: gros orteils nettement hippocratiques, sensibilité, organes des sens normaux.

Réflectivité: exagération des réflexes tendineux; suppression des cutanés; pharyngien existe; force musculaire diminuée. Parole: dysphasie par maniérisme; facies figé dans une expression d'immense tristesse.

Examen psychique. — Instinct de conservation conservé. A présenté il y a quelques années au moment de troubles digestifs quel-

ques idées de suicide par l'eau. Aujoud'hui il semble peureux; s'effraie en nous voyant poser la main sur ses yeux.

Erotique avant d'entrer à l'asile, se masturbe, demande à ses camarades d'asile d'exhiber leur verge. Cette vue et un attouchement sommaire lui suffisent. Dans ses hallucinations, il voit « des petites »; gestes stéréotypés; salutations. A la manie de courir dans la cour et de mettre son doigt dans tous les trous qu'il rencontre. Echolalie; phénomènes de persévération de Neisser; retard des réactions psychiques.

Mémoire très diminuée; se rappelle à peine son lieu de naissance, et a oublié les principaux événements de la vie. Idées de négation. Impulsions: il gifle souvent ses camarades « parce qu'ils le regardent ». Aboulie complète. Affectivité nulle. Sentiments éthiques nuls.

Des trois aliénés devenus pellagreux à l'Asile, deux étaient donc des cachectiques, affaiblis dans leurs organes, le deuxième ayant de plus un alcoolisme manifeste qui, d'après certains auteurs, joue un rôle dans l'apparition de la pellagre. Dans ces deux cas, la pellagre apparut peu avant la mort et ne fit que la hâter. Le troisième malade, dément précoce, a eu, avant l'éclosion de sa pellagre, de la sterco phagie qui, évidemment, a été une des causes de l'intoxication — ou de l'infection — dont la pellagre est une conséquence. Nous verrons ce facteur « stercophagie » dans plusieurs des observations que nous avons encore à donner.

Nous sommes autorisés à considérer ces malades comme des pellagreux secondaires car rien ne peut faire supposer qu'ils avaient eu déjà des phénomènes pellagreux et cette maladie n'est survenue chez eux qu'après plusieurs années d'internement. Entré en 1904, le premier ne fut atteint qu'en 1908. Placé à l'Asile en 1905, le deuxième présenta des manifestations cutanées et intestinales en décembre 1909. Enfin il s'écoula onze ans entre la mise en observation du troisième et l'apparition de sa pellagre.

Voici donc dans l'espace de trois ans sept cas de pellagre réunis par MM. Chevalier-Lavaure et Monastier à l'Asile d'Auch, sur des aliénés venus non seulement des Landes, mais encore du Gers. Le D[r] Chevalier-Lavaure ne croit à l'action du maïs que dans deux des cas cités. Quant aux autres cas il est de l'avis de la plupart des médecins landais, du Prof. Régis et de son élève Françis Le Fers, que la pellagre est avant tout une maladie de misère. La plupart des malades (et nos sept observations le montrent encore), sont des miséreux. Nous avons eu affaire dans ceux que nous venons de vous communiquer, soit à des malheureux mal nourris, soit à des cachectiques, soit à un dément précoce tuberculeux et stercophage. Nous ne croyons pas qu'un poison spécifique soit nécessaire pour créer

des troubles gastro-intestinaux et cutanés pellagreux. Evidemment, le maïs (et c'est le grand mérite des Italiens, Lombroso en tête, et Théophile Roussel de l'avoir montré), a la plus grosse influence, qu'il donne lui-même le poison ou ne serve qu'à le porter, mais un apport de toxines alimentaires autres que les toxines du maïs dans un organisme affaibli peut suffire et nous inclinerons encore davantage vers cette croyance après avoir vu les malades de Saint-Lizier chez la plupart desquels le Dr Malfilâtre a constaté de la stercophagie.

Nous pouvons d'ailleurs nous demander, comme le fit jadis Billod, si l'aliénation mentale ne facilite pas l'application des troubles cutanés à la suite d'une intoxication se traduisant par des troubles digestifs, dont la diarrhée. Le peau est, somme toute, une vaste surface nerveuse étalée et, à côté des troubles trophiques si nombreux dans les maladies mentales, ne cite-t-on pas, pour mieux prouver ces relations du système nerveux et des téguments, des cas d'amélioration et même de disparition de troubles mentaux à la suite d'éruptions cutanées. Quoi d'étonnant à ce que, jouant le rôle de vicaire du rein, elle ne soit beaucoup plus sensible à l'irritation des produits toxiques excrétés par ses glandes dans les affections du système nerveux central.

D'ailleurs, nous trouvons à ce sujet dans la thèse de Le Fers, p. 120, une lettre intéressante du Dr Calixte Rougé, directeur de l'Asile de Limoux, faisant en outre de la clientèle dans ce pays depuis 1862. Le Dr Rougé a vu des pellagreux à l'Asile mais jamais en dehors de l'Asile et ce sera ce que nous dira encore le Dr Malfilâtre, directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), a propos des treize observations d'aliénés pellagreux qu'il a recueillies .

L'asile de Saint-Lizier, en effet, qui reçoit des malades du département de l'Ariège et les aliénés évacués de la Seine, présente assez souvent la pellagre dans la statistique des décès: en 1899, un cas; en 1902, un cas; en 1906, quatre cas mortels au sujet desquels nous trouvons dans le rapport annuel ces réflexions du Dr Malfiliâtre: « Il y a quatre décès occasionnés par la pellagre. Cette affection plutôt rare en France, tandis qu'elle est commune en Italie; ne reconnaît pas évidemment comme cause exclusive, comme certains cliniciens l'osaient affirmer l'usage du maïs; ce produit ne figure pas dans l'alimentation de nos malades. Alors que chaque année nous observons quelques cas, mais habituellement légers, la pellagre fut chez nous, en 1906, particulièrement grave. Deux des cas qui succombèrent furent emportés par une rechute après une pseudo-guérison de quelques semaines. »

Cette année-là, le Dr Malfilâtre fit analyser la farine de froment qui servait à l'alimentation de ces malades; le laboratoire de Toulouse constata qu'elle n'était pas fraudée par l'adjonction de farine

de maïs. En 1908, il y eut trois cas; en 1909, trois cas; en 1910, il existe un cas.

A. *Pays d'origine: étiologie probable.* — Aucun de ces malades n'appartient à une région considérée comme pellagreuse. Il a y quatre parisiens, huit ariégeois, un haut-garonnais qui habita plusieurs années la Seine-et-Oise avant d'être interné. Aucun de ces malades ne mangeait du maïs; nous avons dit avec quel soin le Dr Malfilâtre avait tenu à s'assurer de ce fait puisqu'il fit analyser la farine de froment qui servait à l'alimentation de l'asile. Nous n'avons dans aucun cas vu des antécédents hérédo-pellagreux. En revanche, *misère et intoxications,* telle paraît être la formule étiologique: deux cas d'alcoolisme; un cas de tœnia avec stercophagie et tous les autres cas, *stercophagie.*

Nous insistons tout particulièrement sur cette stercophagie qui à notre avis joue ici un rôle considérable.

B. *Symptomatologie.* — Dans tous les cas nous avons eu affaire au trépied pellagreux classique avec desquamation linguale. Dans deux observations il y eut des troubles oculaires: dans l'une mydriase et abolition des réflexes pupillaires, dans l'autre amaurose. Un malade présenta du scorbut.

C. *Maladies surajoutées.* — Deux épilepsies, l'une ante pellagreuse, l'autre post-pellagreuse. Une tuberculose pulmonaire.

D. *Troubles nerveux.* — Une paraplégie avec abolition des réflexes. Trois avec sensations de fourmillements et de chaleur. Une exagération des réflexes tendineux.

E. *Troubles mentaux.* — Tous nos malades sont ici des aliénés devenus pellagreux plus ou moins de temps après leur entrée à l'Asile. L'aliénation peut ici d'autant plus être considérée comme facilitant la pellagre que le docteur Malfilâtre qui soigne la population civile de Saint-Lizier, n'a jamais constaté un cas de pellagre en dehors de l'Asile.

Suivant l'opinion du Prof. Régis, ici encore la confusion mentale prédomine. Nous trouvons en effet: cinq confusions mentales dont une avec stupeur; deux mélancolies; une manie; une folie circulaire; deux idioties; une débilité mentale; une démence épileptique.

Voici les observations détaillées recueillies par nous dans le registre de la loi et les notes personnelles du Dr Malfilatre, grâce à l'amabilité de ce dernier et de son interne M. Piquemal:

1899

Observation. — Confusion mentale; paraplegie; tœnia. — R..., né à Paris en 1863. Entré à Ville-Evrard en 1883, transféré à Saint-Lizier le 21 avril 1885 avec le diagnostic de débilité mentale. Pas d'antécédents pellagreux. En 1885, diarrhée cholériforme; crises d'excitation.

En 1890, niaiserie, angines à répétition, fièvre et céphalalgies, affaiblissement général; troubles gastro-intestinaux fréquents; sommets suspects.

En 1891, affection scorbutique; taches de purpura hémorragique; tuméfaction considérable des gencives d'abord, des joues ensuite; difficulté considérable pour manger. Cet état dure de janvier à septembre et s'accompagne d'érythème pellagreux et de dépression psychique considérable. L'état s'améliore jusqu'en 1894. Confusion mentale avec hallucinations visuelles et auditives, contre lesquelles il réagit si violemment (bris d'objets) qu'il est nécessaire de le placer au quartier des agités.

A partir de juin 1895, le calme revient. L'état de confusion réapparaît en avril 1899, cette fois avec stercophagie et bientôt après érythème pellagroïde des mains et des pieds, langue rouge, desquamative, diarrhée intense. Paraplégie avec abolition des réflexes tendineux. Tœnia.

Traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle. Immédiatement amélioration des troubles intestinaux et de l'état cachectique; cicatrisation de l'érythème pellagreux. Plus lentement la paraplegie disparaît, les réflexes reviennent; le malade retrouve le calme. Cet état persiste jusqu'en 1907, époque à laquelle le malade est transféré à Ainay-le-Château.

1902

OBSERVATION. — Mélancolie. — P..., Suzanne, née en 1860 à Paris, transférée de Vaucluse en 1900 avec un certificat ainsi conçu: dépression mélancolique, quelques idées confuses de persécution, craintes imaginaires, sitiophobie intermittente.

Cet état semble s'améliorer. En 1901 elle travaille à la lingerie.

Cependant vers la fin de l'année période de dépression, stupeur, sitiophobie et stercophagie, puis érythème pellagreux, diarrhée; sensations de brûlures, fourmillements à l'extrémité de ses mains. L'état cachectique va s'accentuant. Mort le 1er janvier 1903.

1906

OBSERVATION I. — *Dégénéré impulsif.* — P..., né le 14 février 1868 à Septfonds (Haute-Garonne), habitant la Seine-et-Oise, transféré de Vaucluse en 1905. Pas d'antécédents pellagreux. Dégénéré; absence totale de sens moral; impulsivité; violences sur son entourage; coprophagie et en mai 1906 pellagre avec érythème sur face dorsale des mains et des pieds; diarrhée fétide; dépression, langue rouge et desquamative. Cet état dure jusqu'en août époque à laquelle il s'améliore pour retomber, toujours à la suite d'excès de coprophagie, dans un état de cachexie profonde; en octobre, avec un nou-

vel érythème, diarrhée, gâtisme, œdème généralisé. Mort le 5 décembre.

Observation II. — *Folie circulaire.* — R..., né en 1867 à Soulax (Ariège). Certificat d'entrée: agitation maniaque. Entre le 4 janvier 1903. L'état maniaque dure jusqu'en juillet. A ce moment, période de calme qui permet de l'employer à l'atelier des tailleurs. Sortie provisoire le 31 août.

Rentre volontairement en novembre: phase d'agitation maniaque jusqu'en février. Nouvelle période de calme jusqu'en mai. A ce moment légère crise d'agitation qui disparaît sous l'influence d'un purgatif. Nouveau séjour dans sa famille.

Rentre en décembre, en état de dépression mélancolique qui va s'atténuant jusqu'en tout 1906. A cette époque, nouvelle sortie provisoire qui ne dure que quatre jours.

Agitation maniaque très violente. Boulimie, stercophagie, qui, au mois d'octobre se complique de diarrhée abondante et fétide, d'œdèmes généralisées, d'érythème pellagreux, langue rouge. Etat cachectique sous l'influence duquel dépression profonde.

Légère amélioration à la fin de novembre, mais très légère. La boulimie reparaît bientôt et le malade meurt étouffé par un volumineux bol alimentaire le 5 décembre 1906.

Observation III. — Idiot. — J..., né en 1876 à Varilhe (Ariège). Entre en mars 1904. Microcéphale; gâteux; hallucinations. Coprophagie avec apparition d'érythème pellagreux; fourmillements; sensation de chaleur aux extrémités; exagération des réflexes tendineux; diarrhée fétide; œdèmes généralisés. Mort en avril 1906. Cachexie pellagreuse.

Observation IV. — *Mélancolie chronique.* — J. De M..., polytechnicien, né à Paris en 1859. Pas d'antécédents pellagreux. Transféré de Ville-Evrard en 1903.

Dépression mélancolique; idées d'auto-accusation; sitiophobie. Refuse de manger la nourriture qu'on lui offre et se gave de matières fécales. En mai 1904, syndrome pellagreux au grand complet, qui s'atténue par instants. Etat cachectique très avancé en 1906. Meurt au mois d'octobre de cette année.

1908

Observation. — H..., né à Varille (Ariège). Douze ans à l'entrée en octobre 1897.

« Dangereux pour son entourage. S'est livré à des violences sur les siens » dit le certificat d'entrée. Idiotie, langage rudimentaire, impulsions.

En avril 1908, refus de s'alimenter; stercophagie; syndrome pellagreux avec diarrhée; son érythème, sa langue rouge et desquamative. Mort en état de profonde cachexie en juillet 1908.

OBSERVATION II. — *Confusion mentale.* — B..., né à Larnat (Ariège). Agé de 28 ans à l'entrée en juillet 1906.

Dégénéré, vagabond, inconhérence des actes, alcoolisme, crises d'érotomanie, violence, hérédité; mère internée, atteinte de pellagre. A l'Asile, crises d'agitation, sitiophobie, stercophagie; érythème pellagreux, diarrhée, langue rouge, état de confusion mentale hallucinatoire (hallucinations de la vue et de l'ouïe). Mort en état de cachexie pellagreuse en novembre 1908.

OBSERVATION III. — *Démence épileptique.* — G..., née à Ganac (Ariège), en 1865. Entrée en 1904 avec le diagnostic de folie épileptique.

Etat démentiel; mémoire à peu près nulle de sa vie passée, de son nom, de son âge. Peu de crises, mais impulsions violentes fréquentes.

En février 1905, boulimie suivie de pellagre avec syndrome complet.

L'état démentiel semble s'atténuer. Amélioration au bout de deux mois. Nouvelle crise de pellagre à la suite de boulimie et coprophagie en octobre 1907. Au cours de cette seconde crise de pellagre, nous avons constaté de la mydriase avec abolition des réflexes iriens à l'accommodation et à la lumière.

1909

OBSERVATION I. — *Confusion mentale.* — V..., 46 ans, né à Bonac (Ariège). Pas d'antécédent pellagreux. Entrée en 1907. Quelques idées de persécution. Confusion mentale avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cet état s'atténue et à la suite apparaissent des interprétations délirantes.

En avril 1908, sitiophobie et stercophagie. Pellagre; confusion mentale. Cet état dure en s'accentuant jusqu'en janvier 1909. Mort en état de cachexie pellagreuse.

OBSERVATION II. — *Confusion mentale.* — R..., né à Port (Ariège) en 1878. Entré en 1908. Confusion mentale hallucinatoire à la suite d'excès de toutes sortes. Boulimie, stercophagie, qui se compliquent en mars 1909 du syndrome pellagreux et d'amaurose. Meurt à la fin du mois d'avril à la suite d'une crise épileptiforme.

A noter que le malade n'avait jamais présenté d'accidents épileptiques avant cette crise épileptiforme.

OBSERVATION III. — *Alcoolisme. Confusion mentale.* — L..., né à

Paris en 1855. Entré à Ville-Evard en 1884, transféré à Saint-Lizier en 1894. Manie chronique alcoolique. Au début de 1909, boulimie, pellagre.

En ce moment le malade, toujours confus, ne présente pas de troubles intestinaux et son érythème pellagreux est parfaitement cicatrisé. Se plaint, par intervalle, de sensations de chaleur et de fourmillements, phénomènes surtout intenses au moment de l'érythème pellagreux.

1910

OBSERVATION. — O. C..., 59 ans, née à Saint-Lary (Ariège). Entrée en décembre 1908. *Confusion mentale*, hallucinations, phases de mutisme et de stupeur.

Refuse de manger ce qu'on lui donne, mais en revanche stercophagie. En janvier 1910, érythème pellagreux, diarrhée, amaigrissement. Cet état légèrement atténué dure encore.

M. le D[r] Malfilâtre nous a adressé l'intéressante lettre suivante:

« Mon cher Confrère,

» Vous avez bien voulu me demander quelques renseignements sur les pellagreux que j'ai eu l'occasion d'observer à l'Asile de Saint-Lizier depuis mon arrivée en 1896.

» Ils sont au nombre de treize, me paraissant des plus authentiques, ayant pris le soin d'éliminer les cas où il pouvait s'agir d'un érythème solaire, pour ne retenir que ceux où les troubles cutanés avec taches télangiectasiques, épaississement de la peau par places, siège fréquent au visage, s'accompagnaient pour le moins de diarrhée, parfois de paralysie souvent de sitiophobie; aucun de nos malades n'est entré avec la pellagre ni n'a présenté cette affection au début de son hospitalisation. Aucun non plus n'avait des antécédents d'hérédo-pellagre. Cinq sur treize appartenaient au département de la Seine et avaient été transférés d'un des asiles de ce département. Les huit autres venaient de l'Ariège et appartenaient à des régions où la pellagre n'a jamais été signalée. Aucun ne paraissait avoir consommé du maïs autrement qu'à de très rares moments, et jamais exclusivement, quand, selon la coutume du Midi, on tue le cochon et qu'on fabrique le « millat » que l'on consomme pendant quelques jours comme dessert. Même selon toute vraisemblance nos cinq malades de la Seine n'avaient jamais consommé de ce mets.

» A la suite de nos quatre décès de 1906, nous fîmes analyser notre farine de minot vendue comme du pur froment, mais qui aurait pu être adultérée. Le laboratoire de Toulouse nous affirma qu'elle ne contenait pas de traces de maïs.

» La pellagre ne paraît avoir spécialement frappé aucune forme de folie: nous trouvons, en effet, parmi nos pellagreux l'idiotie, la

confusion mentale, la manie, la folie circulaire, la mélancolie, l'épilepsie avec cependant prédominance de la confusion mentale.

» L'apparition de la pellagre ne modifia pas sensiblement les troubles psychiques. De ce que nous venons de dire, il résulte que nous n'avons jamais observé de folie pellagreuse, mais que nos cas de pellagre se sont toujours montrés chez des aliénés et que les conditions qui ont paru présider à l'éclosion de cette affaire sont : 1° la boulimie, associée le plus souvent sinon à la stercophagie, du moins à l'habitude de manger toutes sortes de choses, ayant traîné n'importe où ; 2° la période ou cachectique ou tout au moins précachectique.

» Veuillez agréer, etc... »

Enfin, notre maître, le Prof. Rémond (de Metz), qui a vu plusieurs de nos malades et sous l'inspiration duquel nous avons fait ce travail, nous a donné la note suivante :

« Les observations recueillies à Saint-Lizier et à Auch viennent montrer combien prématurées étaient les affirmations de M. le Dr A. Marie qui disait en 1908 que l'enquête de Régis à Bordeaux et de Mairet à Montpellier démontrait que la pellagre avait vécu (A. Marie : *La Pellagre*, p. 232). L'intoxication par le maïs ne peut être invoquée que dans deux cas sur vingt, les autres n'en présentent ni chez eux, ni chez leurs descendants. En revanche, on relève chez tous des phénomènes pathologiques au niveau du tube digestif parmi lesquels les causes et les symptômes des fermentations toxiques sont les plus importantes. La stercophagie, la gloutonnerie, la sitiophobie, un état saburral des voies digestives constituent les symptômes les plus constants. D'ailleurs la forme mentale est des plus variables avec, cependant, comme le dit Régis, prédominance de confusion mentale.

» A côté de la pellagre d'origine zéique, à côté de l'hérédo-pellagre, il y a donc place pour un syndrome pellagroïde dû a une forme de botulisme différente comme cause de celle que produit le maïs, mais analogue comme effet. On sait que le bactérium maïdis, le penicillum, l'oïdium lactis sont les causes de la décomposition du grain et, comme le premier de ces agents est entièrement voisin du bactérium coli (s'il ne lui est pas identique) il lui semble logique de penser que l'élaboration intestinale de substances toxiques, analogues à celles que ce germe produit sur le maïs, détermine des phénomènes généraux et cutanés analogues. Mais alors la question se pose si la réaction à forme pellagreuse n'est pas facilitée à son tour par le désordre mental préexistant. Elle prendrait alors la valeur d'un trouble trophique. »

Nos conclusions seront donc que les pellagres doivent être encore recherchées dans certains asiles. Si, avec l'école française, nous acceptons la définition de Gintrac pour qui la maladie est caractérisée

par trois ordres de symptômes : *a*) érythème squameux borné aux parties les plus exposées à l'action de la chaleur et de la lumière ; *b*) phegmasie chronique des voies digestives, dont l'indice le plus ordinaire est une diarrhée opiniâtre ; *c*) avec lésion plus ou moins grave du système nerveux aboutissant parfois à l'aliénation mentale et à la paralysie ; si, surtout nous disons avec Cormao (1) qu' « il est notamment irrationnel de vouloir retirer à la pellagre tous les cas où les troubles mentaux sont primitifs », nous avons affaire à de la *pellagre* proprement dite.

Si, au contraire, nous suivons les auteurs ultramontains pour qui apparaît d'abord la lésion cutanée, ensuite le trouble digestif, enfin la psychose, nous dirons *syndrome pellagroïde*. C'est plutôt à ce diagnostic que nous nous arrêterons avec notre maître, le Prof. Rémond (de Metz).

XX° CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Bruxelles, 1 au 8 Août 1910

DISCUSSION DES RAPPORTS

(Voir le texte in-extenso de ces rapports dans les n[os] 15, 16, 17 du *Journal de Neurologie*)

La maladie du sommeil et les narcolepsies

Rapporteur : M. VAN CAMPENHOUT (de Bruxelles)

Discussion

M. BLANCHARD (de Paris). — Pour comprendre par quel mécanisme le trypanosome peut réaliser les accidents qui constituent la maladie du sommeil, il faut se rappeler ce qui se passe dans la fièvre intermittente. Ici, le parasite n'exerce pas son action d'une façon continue, mais périodique : à la suite de chacune de ses phases d'activité, il se fait une décharge des produits de désassimilation dans le plasma sanguin ; à chaque décharge correspond un accè de fièvre. Le trypanosome, au contraire, vit constamment dans le plasma sanguin qui reçoit sans arrêt les produits de désassimilation, parmi lesquels doit figurer une toxine hypnogène ; son action continue et progressive permet de comprendre la marche ininterrompue et progressive de la maladie du sommeil

M. THIROUX (de Paris). — Dans la prophylaxie de la trypanosomiase il faut, comme dans celle du paludisme, faire de la prophylaxie individuelle. Il faut, à l'école, mettre le nègre au courant des méfaits de la tsé-tsé. Le nègre a peur de la maladie du sommeil ; il fera le déboisement si on lui démontre son efficacité. Dans le dépistage des cas, la collaboration des indigènes

---

(1) CORMAO. Thèse de Paris 1901-1902.

est indispensable. Il y a lieu d'envoyer les malades dans des régions où il n'y a pas de tsé-tsé, et de leur défendre les endroits où l'on trouve ces mouches. Il suffirait de rendre les chefs indigènes responsables de cette mesure.

M. MARTIN (de Brazzaville). — Au Congo français on a pris les mêmes mesures de prophylaxie qu'au Congo belge : débroussement, passeport, visite sanitaire, etc.

M. GRANJUX (de Paris). — Dans son remarquable rapport, M. Van Campenhout divise très judicieusement l'évolution de la trypanosomiase en trois périodes. « A la deuxième et à la troisième période, dit-il, le diagnostic clinique de la maladie du sommeil est généralement facile. » Mais il ajoute que « les symptômes de la première période ont un caractère moins net ». C'est, en somme, la période où la maladie est inconnue et ne peut être décelée que par la recherche du trypanosome, si... on y pense.

Et, cependant, il serait urgent que le diagnostic fût précoce, non seulement en raison des chances plus grandes de guérison, mais aussi parce que les troubles psychiques se produisent à ce moment et sont graves au point de vue de la responsabilité encourue.

Ces troubles psychiques, M. Van Campenhout les a signalés en ces termes : « Le malade se plaint ordinairement de faiblesse généralisée, parfois de sensibilité exagérée à la douleur, de la paresse intellectuelle. Parfois, il peut présenter déjà, à cette période, des excitations cérébrales passagères, du délire dont l'existence, au point de vue médico-légal, est intéressante à connaître. »

Il nous semble qu'au fur et à mesure que l'on connaît mieux la maladie du sommeil, qu'on la diagnostique plus tôt, ces excitations cérébrales du début sont signalées de plus en plus souvent; aussi nous sommes porté à croire qu'elles sont, en réalité, assez fréquentes pour faire de la première période de la trypanosomiase en quelque sorte une « période médico-légale ».

Voici quelques faits à l'appui de cette manière de voir :

Le premier a été publié dans le *Caducée* (1904, n° 8), par notre confrère le docteur Dupont, d'Anvers. Il s'agit d'un jeune Belge, employé de factorerie au Congo. Au bout d'un certain temps, son caractère devint si difficile, si insupportable, sa manière de servir si défectueuse, qu'il fut congédié et renvoyé en Europe. Mais pendant la traversée, l'affection, méconnue au Congo, fit des progrès et M. le docteur Dupont, à Anvers, diagnostique la maladie du sommeil et trouve le trypanosome.

Le cas suivant est inédit. Un sous-officier des troupes coloniales avait commis, dans l'Ouest africain, un acte qui était de nature à le faire traduire en conseil de guerre. Des doutes ayant été mis sur sa responsabilité, il fut soumis à un examen médical et renvoyé en France comme atteint d'aliénation mentale. Dans l'hôpital qui le reçut on eut l'idée — avant de demander son internement — de rechercher s'il ne serait pas atteint de maladie du sommeil. On trouva le trypanosome; le malade fut traité par l'atoxyl et guérit, au point de pouvoir reprendre son service.

Devant prendre la parole au Congrès sur ce sujet, j'ai communiqué, jeudi dernier, les idées que je voulais vous soumettre, à mes collègues de la Société de médecine tropicale, et ils ont rapporté des faits semblables.

M. Wurtz a soigné, à l'hôpital des Dames françaises, un certain nombre de tripanosomiases. Les derniers malades qu'il a traités — interrogés à ce point de vue — ont tous reconnu avoir eu au début des excitations cérébrales très vives. L'un d'eux a même été la cause de rixes fréquentes à bord du bateau qui le ramenait.

M. Tanon a soigné, avec M. Nattan-Larrier, un employé revenant du Congo, qui présentait les symptômes de la paralysie générale au début, et avouait, du reste, avoir eu un chancre. Il fut pris d'un érythème typique et évoqua dans l'esprit de nos confrères la tripanosomiase. Recherche positive. Traitement par l'atoxyl. Guérison. Le malade, malgré l'avis des médecins, s'est fait engager par une autre maison de commerce pour retourner au Congo, où il a été repris de nouveaux troubles cérébraux.

C'est, du reste, avec la paralysie générale que sont confondus le plus souvent les troubles cérébraux de la trypanosomiase. Il nous souvient d'une observation communiquée à la Société de pathologie exotique. Il s'agissait d'un jeune officier supérieur qui s'était suicidé au cours, disait-on, de la paralysie générale. L'autopsie montra les lésions de la tripanosomiase.

Ce diagnostic différentiel *post mortem* a une grosse importance, car dans l'armée la paralysie générale n'ouvre pas des droits à une pension pour la veuve et les orphelins, tandis que cette pension est motivée par la tripanosomiase, maladie contractée en service.

Aussi, d'accord avec nos collègues de la Société de médecine tropicale, je me permets :

1° D'attirer tout spécialement l'attention sur les troubles mentaux présentés par les blancs au début de la trypanosomiase, troubles qui peuvent entraîner soit le renvoi des employés, soit la comparution des militaires au conseil de guerre ;

2° De signaler la nécessité de procéder, chez tout individu ayant séjourné dans une région à tsé-tsé et présentant des symptômes faisant penser à la paralysie générale, à la recherche du trypanosome, et cela que le malade soit ou non syphilitique.

G. MARTIN et RINGENBACH (de Bordeaux). — La trypanosomiase humaine ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiatrique qui veut que toute infection et intoxication se manifeste par des modalités cérébrales : confusion mentale, délire onirique, démence, reliées entre elles par une infinité de caractères communs.

L'aliénation mentale trypanosomiasique a pour type clinique fondamental la confusion mentale, confusion mentale se développant sur un fond démentiel très marqué. Aussi se traduit-elle essentiellement par une torpeur cérébrale constante, allant jusqu'à la stupeur, au sommeil et au gâtisme, par de l'obturation mentale, par de l'amnésie soit actuelle, soit rétroantérograde, par de la désorientation, par du délire onirique hallucinatoire et par des états catatoniques très nets. Cette forme la plus constante et la plus commune s'accompagne fréquemment d'états délirants accessoires et surajoutés « mais absurdes, mobiles contradictoires, incohérents » et comprenant : 1° des variétés dépressives mélancoliques ; 2° des variétés expansives ou mégalo-maniaques (délire des grandeurs) ; 3° des variétés circulaires ou maniaques dépressives dans lesquelles il y a succession plus ou moins régulière d'états maniaques et d'états mélancoliques.

Les hallucinations visuelles, auditives, gustatives, olfactives, les idées fixes, les obsessions ne sont pas rares chez les trypanosomés et créent chez certains d'entre eux du délire plus ou moins systématisé (délire de persécution).

Les nombreuses épidémies « de familles et de cases », observées au Congo français expliquent très facilement les cas d'épidémie à forme cérébrale dégénérant en crises de folie trypanosomiasique, dans certaines régions du Congo, sous des influences particulières de température et de milieu.

Les troubles psychiques observés chez les Européens trypanosomés sont les mêmes que chez les indigènes..

Le pronostic est toujours grave dans la forme cérébrale de la maladie du sommeil et un traitement à l'atoxyl même judicieusement suivi n'amènera pas toujours l'amélioration de l'état du malade.

La démence trypanosomiasique sera à distinguer de la démence alcoolique, de l'aliénation mentale syphilitique, de la démence épileptique et surtout de la paralysie générale, avec laquelle elle offre les plus grandes analogies. Le diagnostic est parfois délicat. La présence du trypanosome constatée au microscope lèvera tous les doutes.

Devant des symptômes nerveux d'excitation cérébrale, de troubles mentaux chez les indigènes comme chez les Européens ayant séjourné dans les régions tropicales africaines, et particulièrement au Congo, on devra toujours songer à la trypanosomiase. Le flagellé devra être recherché systématiquement chez tous ces individus avant de conclure à leur responsabilité. Le médecin militaire tout spécialement ne doit pas oublier qu'il existe une période prodromique médico-légale de la trypanosomiase et qu'il est des cas où le trypanosomé entre dans sa maladie par une phase d'excitation maniaque, alors que l'état général du malade paraît excellent, aucun signe extérieur ne révélant son affection. Il songera aux fugues, aux impulsions, rencontrées si souvent dans cette affection.

Les aliénés trypanosomés seront traités avec douceur, jouiront largement de la vie au grand air et d'une liberté relative, sous une surveillance sage et bien comprise.

M. THIROUX (de Paris) signale les différentes formes et la fréquence des troubles psychopathiques dans la trypanosomiase. Il attire l'attention des praticiens sur les aliénés provenant des régions où sévit la maladie, et croit à la possibilité d'une amélioration par le traitement arsenical. Il montre enfin l'importance de l'étude de la trypanosomiase humaine dans les asiles d'Europe, qui reçoivent des aliénés coloniaux provenant des régions contaminées.

Il attire l'attention sur la persistance tardive de l'infection des centres nerveux après vaccination des autres tissus et il signale les rapports des accidents méningo-encéphaliques tardifs dans les trypanosomiases et les spirochétoses. Il relate des observations de malades du sommeil non traités, dont le liquide céphalo-rachidien contient des trypanosomes, alors que le sang n'est plus infecté et renferme des anticorps. Même observation pour un sujet atteint de spirochétose, et qui présente des attaques épileptoïdes; les syphilis cérébrales tardives sont à comparer avec les trypanosomiases nerveuses tardives.

Les Narcolepsies

Rapporteur : M. LHERMITTE (de Paris)

Discussion

M. REGIS (de Bordeaux). — Il existe de nombreux états pathologiques dans lesquels la narcolepsie peut s'observer à un degré plus ou moins marqué. En dehors de ceux indiqués par M. Lhermitte dans son rapport, je puis citer :

La *syphilis* à ses diverses périodes, en particulier à la période secondaire dans laquelle Fournier a décrit depuis longtemps déjà un « *coma sidérant* ».

L'*insolation*, surtout l'insolation des pays chauds, où plusieurs fois déjà j'ai constaté une tendance irrésistible du sommeil.

L'*artério-sclérose*, où cette tendance est, à mon avis, relativement fréquente, ce qui explique son existence dans la sénilité et la présénilité, comme dans les psycho-névroses qui en relèvent.

On pourrait énumérer bien d'autres exemples d'états morbides susceptibles de s'accompagner de narcolepsie.

En ce qui concerne la *maladie du sommeil*, je suis heureux de voir qu'elle tend de plus en plus, comme je le pensais déjà il y a douze ans, à être considérée comme une méningo-encéphalite infectieuse diffuse, et que ses analogies avec la paralysie générale s'affirment peu à peu à tous les points de vue : pathogénique, symptomatique, évolutif, anatomo-pathologique, etc.

Le travail si documenté de MM. Gustave Martin et Ringenbach, en nous faisant connaître d'après les nombreux cas observés par eux au Congo, les troubles psychiques de la maladie du sommeil, fait apparaître celle-ci, à l'heure actuelle, comme une sorte de paralysie générale consécutive à une infection analogue à la syphilis, mais comme une paralysie générale plus rapprochée de l'infection causale que suivraient sans transition en se mélangeant entre eux, les symptômes confusionnels et hallucinatoires de la période secondaire, de la saturation toxinienne, accompagnés, en l'espèce, d'une somnolence invincible.

Tous les auteurs qui ont observé des cas de maladie du sommeil avec manifestations psychopathiques de ce genre, s'accordent à dire que les troubles oculo-pupillaires font constamment défaut. Ce serait là, si le fait se confirmait, une particularité intéressante, montrant bien que ces troubles oculo-pupillaires appartiennent plus spécialement aux méningo-encéphalites issues de la syphilis. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'on les a constatés dans nombre d'états confusionnels dépendant d'infections très variées, même dans des états confusionnels aigus.

Tout en considérant en principe la narcolepsie, la somnolence, l'assoupissement, la torpeur comme formant les degrés d'une même série pathologique, M. Lhermitte s'est attaché, dans son rapport, à étudier isolément la narcolepsie, la séparant et la différenciant avec soin des autres termes de la série.

Je crois qu'il eût mieux valu, au contraire, réunir ces divers états en une large vue d'ensemble : parce qu'il existe, non pas un syndrome torpeur, un syndrome somnolence, un syndrome narcolepsie, autonomes et distincts, mais bien un syndrome unique, allant de la torpeur à la narcolepsie à travers les degrés intermédiaires et capable de survenir, à tous ces degrés, dans un grand nombre de maladies; parce que, d'autre part, ces états sons susceptibles de s'éclairer les uns par les autres et que rien ne peut mieux, semble-t-il, nous donner la clef de la narcolepsie que l'étude de la torpeur et inversement.

Ce rapprochement nosologique était, du reste, la règle chez les anciens qui, malgré l'imprécision de leurs descriptions et de leurs dénominations à cet égard, connaissaient bien, cliniquement, les somnolences pathologiques et les groupaient toutes en une description globale, comme les diverses nuances d'une même affection.

Ainsi Willis(1672) admet et décrit par ordre d'intensité la *somnolence continue* (somnolentia continua) ; le *coma*, la *léthargie* (lethargus) ; le *carus*.

Joseph Franck (1838) admet aussi que le cataphora comprend différents degrés avec différents noms : le *cataphora* proprement dit (assoupissement, penchant morbide au sommeil) ; le *coma* (assoupissement intense dans lequel le malade retombe bientôt, de quelque manière qu'on s'y prenne pour l'en tirer et le tenir éveillé) ; le *carus* (sommeil si profond qu'il ne peut être dissipé par un bruit violent et qu'il existe une privation complète de sentiment et de mouvement) ; la *léthargie* enfin (assoupissement constant avec fièvre, délire oublieux et mouvements engourdis).

On voit bien par là, et j'en pourrais donner maintes autres preuves, que l'histoire de la narcolepsie est loin de commencer à Gélineau, qui n'a fait que donner un nom nouveau à une veille chose, et que les auteurs avaient

une notion très exacte des somnolences pathologiques, dont ils réunissaient les diverses formes en une seule et commune étude.

Il me paraît préférable, je le répète, de procéder de nouveau ainsi.

Si les divers types de somnolence pathologique doivent être rapprochés les uns des autres, comme faisant partie du même syndrome, je crois, en revanche, qu'ils doivent être séparés et distingués du sommeil ordinaire, du sommeil normal. La narcolepsie ne diffère peut-être pas fondamentalement du sommeil naturel et on peut, comme l'a fait M. Lhermitte, montrer en quoi elle s'en rapproche; mais elle appartient, par ses principaux caractères, aux sommeils pathologiques, et c'est ce qu'il était intéressant, avant tout, de bien préciser.

Outre son origine, nettement morbide, et les concomitants symptomatiques caractéristiques dont elle s'accompagne parfois (céphalée, état cataleptoïde, etc.), la narcolepsie est un sommeil fréquemment *diurne*, *incomplet*, parfaitement compatible, à moins qu'il ne soit trop profond, avec la persistance d'un certain degré d'activité physique et mentale, de relation avec le monde extérieur. Les sujets sont pris assis, debout, à table, au travail; souvent alors ils continuent leur besogne, répondent aux questions posées, obéissent à un ordre, vont et viennent, tout cela sans que leur sommeil soit interrompu.

De plus, et c'est là une particularité bien caractéristique, ce sommeil irrésistible, cette narcolepsie peut coexister et coexiste fréquemment avec l'*insomnie*, c'est-à-dire avec l'absence du sommeil nocturne, du sommeil normal. Paul Sainton a noté le fait et je l'ai constaté moi-même maintes fois.

La narcolepsie n'est donc pas un sommeil ordinaire, naturel, mais un sommeil pathologique ressemblant plus ou moins au sommeil cataleptique, somnambulique, léthargique, à un état second. Il serait intéressant de savoir si, dans cet état, les malades rêvent et pensent et de quelle façon. Ceux que j'ai interrogés disaient ne penser à rien; certains cependant, entre autres un artério-scléreux que j'ai observé de près, pouvaient non seulement suivre une idée, mais encore parler et agir oniriquement.

En discutant l'important problème de la nature et de la pathogénie de la narcolepsie, M. Lhermitte expose que l'intoxication joue, vis-à-vis de ce syndrome, un rôle indéniable de facteur étiologique général, mais qu'elle ne saurait être acceptée comme explication de sa production.

Qu'il me soit permis de rappeler que, me basant sur l'étroite parenté de la torpeur, de la somnolence, du sommeil irrésistible, et sur leur existence dans des états à peu près constamment infectieux ou toxiques, à côté de la confusion mentale, j'ai depuis longtemps et à diverses reprises, émis l'opinion que ces phénomènes pathologiques devaient être sous la dépendance d'un état d'auto-intoxication, particulièrement d'une auto-intoxication hépatique, plus capable que les autres, comme l'avaient vu Ballet et Lévi, de déterminer la narcolepsie.

Telle était ma manière de voir il y a douze ans sur les somnolences pathologiques et les narcolepsies, y compris la narcolepsie de la maladie du sommeil. Telle elle est encore aujourd'hui. Je n'ai malheureusement aucune preuve expérimentale à fournir, car en ces matières, la preuve expérimentale, que seule peut donner la chimie biologique, est très difficile à mettre en évidence. Mais je suis plus que jamais convaincu, par les faits qui me sont passés sous les yeux, que la somnolence morbide, depuis la torpeur jusqu'au sommeil irrésistible, est la manifestation d'une intoxication de l'organisme, susceptible d'être réalisée toutes les fois que, pour une cause quelconque, cet organisme se trouve saturé par des poisons narcotiques externes ou internes, fait qui peut se rencontrer soit dans les toxi-infections (maladie du sommeil), soit dans les hétéro-intoxications (poisons externes, opium), soit enfin dans les auto-intoxications (insuffisance hépatique). Quant à l'explication, elle vien-

d'a ù emen', et déjà à cet égard l'opinion si ingénieuse que vient d'exposer le professeur Blanchard, nous perm et d'entrevoir une partie de la vérité.

Il ne me reste à aborder qu'un dernier point. M. Lhermitte, peu satisfait de toutes les théories pathologiques qui ont été formulées pour expliquer la narcolepsie, penche en fin de compte pour l'hypothèse de la « constitution psychopathique », qu'il estime « bien plus en rapport, avec le sommeil pathologique comme avec le délire, qu'une cause pathogène déterminée ou un mécanisme humoral défini ». Ce n'est pas du tout mon avis.

En psychiatrie, les causes prédisposantes, représentées globalement par la constitution dite psychopathique, et les causes occasionnelles ou déterminantes, sont pour ainsi dire en proportion inverse les unes des autres. D'une manière générale, lorsqu'il s'agit de vésanies ou folies proprement dites, le rôle de la constitution psychopathique l'emporte sur celui de la circonstance provocatrice, et c'est ce qui explique pourquoi il suffit d'une cause futile, d'un rien parfois, pour voir verser dans la folie un prédisposé.

Dans les psychoses toxiques ou infectieuses, il en va tout autrement. Ici l'influence du poison est prépondérante et, chez beaucoup d'individus, elle peut s'exercer même en dehors de toute prédisposition, de toute constitution psychopathique. Est-ce qu'il est besoin, vraiment, d'une constitution psychopathique pour faire de la torpeur, de l'obturation, de la confusion, de l'onirisme au cours de la fièvre typhoïde, de la grippe, de l'érisypèle, de l'urémie? Est-ce qu'un seul d'entre nous pourrait se flatter d'échapper, en pareil cas, à toute manifestation nerveuse ou cérébrale du poison? Est-ce que tous les nègres du Congo qui présentent de la somnolence et les troubles psychiques durant la maladie du sommeil, c'est-à-dire tous ou à peu près, ont une constitution psychopathique? Est-ce qu'enfin il est besoin d'une constitution psychopathique pour somnoler irrésistiblement sous l'action du laudanum ou de l'opium?

On voit l'exagération de cette doctrine de la constitution psychopathique qui, appliquée indis inctement à tous les cas, n'explique rien.

Que les prédisposés cérébraux délirent plus et plus fréquemment à l'occasion des intoxications de tout ordre, cela doit être et on ne saurait le contester; mais chez beaucoup de sujets, l'intoxication suffit, à elle seule, pour provoquer des troubles psychopathiques et, chose significative, des troubles psychopathiques plus en rapport par leurs caractères avec la nature du poison lui-même qu'avec la constitution de l'individu.

C'est données sont au premier chef applicables à la maladie du sommeil dans laquelle la somnolence invincible ne peut être comprise finalement que comme le résultat d'une intoxication de l'organisme par un poison narcotique interne, analogue aux poisons narcotiques venant du dehors.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La mélancolie du peintre Hugo Vandergoes

par DUPRÉ et DEVAUX

Les historiens et les critiques d'art qui ont étudié la peinture flamande primitive, ont tous fait ressortir la personnalité puissante et originale d'un des maîtres de cette école, Hugo Vandergoes, connu sous le nom de Schilder Van Brugghe, élève de Van Eyck, qui florissait à Gand de 1468 à 1478.

Tous ont également signalé les lacunes, les incertitudes de la biographie et de l'œuvre de cet artiste dont on ignore le véritable lieu de naissance (Gand, Leyde, Zélande), les origines et la formation, et dont la liste des travaux authentiques n'est pas possible à établir avec exactitude.

C'est aux recherches d'Alphonse Wauters (1) que l'histoire de l'art doit les documents les plus intéressants sur la personnalité d'Hugo Van der Goes. Dans son livre récent sur les primitifs flamands, Fierens Gevaert (2) cite et confirme les études de Wauters et les illustre de nombreuses reproductions des peintures originales et des copies du Maître.

Au milieu des incertitudes et des obscurités de la biographie d'Hugo Van der Goes, une notion se dégage avec précision et clarté de l'étude des documents: c'est l'existence de troubles mentaux dont l'apparition eut lieu à une époque bien déterminée de sa vie, et dont la forme, les caractères et la durée permettent à l'aliéniste de se prononcer sur la nature de la maladie et de formuler le diagnostic. En général, lorsqu'un personnage historique a présenté des signes de folie, le psychiâtre, malgré la richesse et la précision des documents relatifs à l'histoire de ce personnage, est souvent fort embarrassé pour déterminer la nature exacte des troubles psychiques en cause, et pour formuler un diagnostic rétrospectif indiscutable. Dans le cas présent, au contraire, ce sont les documents relatifs à la folie d'Hugo Van der Goes qui sont peut être, de sa biographie, les plus précis et les plus explicites. Aussi les conclusions les plus fermes qu'on puisse tirer de l'histoire du peintre sont d'ordre psychiâtrique et permettent d'affirmer la nature de l'affection dont il a souffert.

---

(1) Alphonse WAUTERS. L'histoire de notre première école de peinture cherchée dans les meilleures sources. *Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 2e série, tome XV n° 5 (1863).

— *Hugo Van der Goes*. Bruxelles, 1872.

(2) FIERENS GEVAERT. *Les Primitifs Flamands*, Bruxelles, 1909.

Tirer de documents anciens, dus à des témoins incompétents, les éléments d'un diagnostic certain est une occasion rare dans la médecine de l'histoire. Elle valait la peine d'être signalée.

Les éléments de ce diagnostic sont tous contenus dans une vieille chronique de la fin du XVe siècle intitulée « *Originale nobii Rubeevallis in Zonia prope Bruxellam in Brabantia* », due à Gaspar Ofhuys de Tournai. Alph. Wauters, qui tenait cette chronique du Chevalier Camberlyn d'Amougies, eut le mérite de mettre au jour ce précieux document, qu'on trouve reproduit dans l'ouvrage de Fierens Gevaërt.

Voici, avec les commentaires psychiâtriques qu'il suggère, le texte de la chronique :

« En l'an du Seigneur 1482, mourut le frère convers Hugues, qui avait fait ici profession. Il était si célèbre dans l'art de la peinture, qu'en deçà des monts (ou des Alpes) comme on disait, on ne trouvait en ce temps-là personne qui fût son égal. Nous avons été novices ensemble, *lui et moi, qui écris ces choses*. Lorsqu'il prit l'habit, et pendant son noviciat, parce qu'il avait été bon plutôt que puissant parmi les séculiers, le père prieur Thomas lui permit mainte consolation mondaine, de nature à le ramener aux pompes du siècle plutôt qu'à le conduire à l'humilité et à la pénitence. Cela plaisait très peu à quelques-uns : « On ne doit pas, disaient-ils, exalter les novices, mais les humilier. » Et comme Hugues excellait à peindre le portrait, des grands et d'autres, même le très illustre archiduc Maximilien, se plaisaient à le visiter, car ils désiraient ardemment voir ses peintures. Pour recevoir les étrangers qui lui venaient dans ce but, le père prieur Thomas autorisa Hugues à monter à la chambre des hôtes et à y banqueter avec eux », *pater Thomas prior eum permite bat hospitum cameram ascendere et ibidem cum illis convivari.* »

Les premières lignes du document montrent que le chroniqueur Gaspar Ofhuys fut un témoin oculaire, et constamment présent, des faits qu'il raconte. A cet égard, le témoignage du frère convers prend une valeur de premier ordre. De plus, on peut induire de ce récit, qu'Hugo Van der Goes prit l'habit monacal sous l'influence d'un changement de tendances et de sentiments qui, précédant de quelques années seulement la mélancolie confirmée qui allait l'atteindre, appartient aux prodrômes de la maladie en voie de développement. Cependant, nous voyons que la dépression psychique professionnelle du Maître, puisque celui-ci recevait par permission spéciale ses modèles et ses admirateurs.

« Quelques années après sa profession, au bout de cinq à six ans, notre frère convers, si j'ai bonne mémoire, se rendit à Cologne, en compagnie de son frère utérin Nicolas, qui était entré comme oblat à Rouge-Cloître, et y avait fait profession, du frère Pierre, chanoine régulier du

trône, et qui demeurait alors au couvent de Jéricho, à Bruxelles, et de quelques autres personnes. Comme je l'appris alors du frère Nicolas, pendant que Hugues revenait de ce voyage, il fut frappé d'une maladie mentale. Il ne cessait de se dire damné et voué à la damnation éternelle, et aurait voulu se nuire corporellement et cruellement, s'il n'en avait été empêché de force, grâce à l'assistance des personnes présentes. Cette infirmité étonnante jeta une grande tristesse sur la fin du voyage. »

Ce passage révèle l'éclosion assez brusque de l'affection mélancolique dont Hugo fut frappé au retour de Cologne. Il ne peut exister aucun doute, après une description si concise et si nette, sur la nature mélancolique de l'accès morbide: idées de culpabilité, de damnation, d'automutilation, monotonie du délire.

« On parvint toutefois à atteindre Bruxelles où le prieur fut immédiatement appelé. Celui-ci soupçonna Hugues d'être frappé de l'affection qui avait tourmenté le roi Saül; et, se rappelant comment il s'apaisait lorsque David jouait de la cithare, il permit de faire de la musique en présence du frère Hugues, et d'y joindre d'autres récréations de nature à dominer le trouble mental du peintre (1).

» Malgré tout ce que l'on put faire, le frère Hugues ne se porta pas mieux, mais persista à se proclamer un enfant de perdition. Ce fut dans cet état de souffrance qu'il entra au couvent. L'aide et l'assistance que les frères choraux lui procurèrent, l'esprit de charité et de compassion dont ils lui donnèrent des preuves nuit et jour en s'efforçant de tout prévoir, ne s'effaceront jamais de la mémoire. Et cependant, plus d'un et les grands exprimaient une toute autre opinion. »

On voit que le malheureux Hughes, dès sa rentrée au couvent, eut à subir, comme presque tous les mélancoliques, les excès de zèle d'un entourage empressé et incompétent, notamment la tentative de mélothérapie que le père prieur, au nom de ses souvenirs bibliques, crut devoir instituer auprès de son malade: tentative inutile, car l'affection mélancolique persiste en dépit d'une sollicitude aussi active.

« On était rarement d'accord sur l'origine de la maladie de notre frère convers. D'après les uns, c'était une espèce de frénésie. A en croire les autres, il était possédé du démon. Il se révélait, chez lui, des symptômes de l'une et de l'autre de ces affections; toutefois, comme on me l'a fréquemment répété, il ne voulut nuire à personne qu'à lui-même pendant tout le cours de sa maladie. Ce n'est pas là ce que l'on dit des frénétiques ni des possédés; mais, à mon avis, Dieu seul sait ce qui en était. « *Credo Deus solus novit* ».

---

(1) S. WAUTERS neveu de A. WAUTERS, s'est inspiré de ce passage pour représenter dans un tableau cet essai de trai tement par la musique sacrée de la mélancolie du peintre. Le tableau est au musée de Bruxelles.

» Nous pouvons envisager de deux manières la maladie de notre convers. Disons d'abord que ce fut sans doute une frénésie naturelle et d'une espèce particulière. Il y a, en effet, plusieurs variétés de cette maladie, qui sont provoquées, les unes par des aliments portant à la mélancolie, les autres par l'absorption de vins capiteux, qui brûlent et incinèrent les humeurs; d'autres encore, par l'ardeur des passions telles que l'inquiétude, la tristesse, la trop grande application au travail et la crainte; les dernières enfin, par l'action d'une humeur corrompue, agissant sur le corps d'un homme déjà disposé à une infirmité de ce genre. Pour ce qui est des passions de l'âme, je sais, de source certaine, que notre frère convers y était fortement livré. Il était préoccupé à l'excès de la question de savoir comment il terminerait les œuvres qu'il avait à peindre, et qu'il aurait à peine pu finir, comme il le disait, en neuf années. Il étudiait très souvent un livre flamand. Pour ce qui est du vin, il buvait avec ses hôtes, et l'on peut croire que cela aggrava son état. Ces circonstances purent amener les causes qui, avec le temps, produisirent la grave infirmité dont Hugues fut atteint.

» D'autre part, on peut dire que cette maladie arriva par la très juste providence de Dieu, qui, comme on le dit, est patient, mais agit avec douceur à notre égard, voulant que nul ne succombe, mais que tous puissent revenir à résipiscence. Le frère convers dont il est question ici, avait acquis une grande réputation dans notre ordre; grâce à son talent, il était devenu plus célèbre que s'il était resté dans le monde. Et, comme il était homme de la même nature que les autres, par suite des honneurs qui lui étaient rendus, des visites, des hommages qu'il recevait, son orgueil se sera exalté; et Dieu, qui ne voulait pas le laisser succomber, lui aura envoyé cette infirmité dégradante, qui l'humilia réellement d'une manière extrême. Lui-même, aussitôt qu'il se porta mieux, le comprit; s'abaissant à l'excès, il abandonna de son gré notre réfectoire et prit modestement ses repas avec les frères lais.

» J'ai eu soin de donner tous ces détails; Dieu ayant permis ce qui précède, comme je le pense, non seulement pour la punition du péché, ou la correction et l'amendement du pécheur, mais aussi pour notre édification. Cette infirmité survint à la suite d'un accident naturel. Apprenons par là à réfréner nos passions, à ne plus leur permettre de nous dominer; sinon, nous pouvons être frappés d'une manière irrémédiable. Ce frère, en qualité d'excellent peintre, comme on le qualifiait alors, était livré, par un excès d'imagination, aux rêveries et aux préoccupations; il a été par là atteint dans une veine près du cerveau. Il y a, en effet, à ce que l'on dit, dans le voisinage de ce dernier, une veine petite, et délicate, dominée par la puissance créatrice et de rêverie. Quand, chez nous, l'imagination est trop active, que les rêves sont fréquents, cette veine est tourmentée; et, si elle est tellement troublée et blessée qu'elle vient à se rompre, la frénésie et la démence se produisent. Afin de ne pas tomber dans un danger aussi fatal et sans remède, nous devons donc arrêter nos rêves, nos imaginations, nos soupçons, et les autres pensées vaines et inutiles, qui peuvent troubler notre cerveau. Nous sommes des hommes et ce qui est arrivé à ce convers par suite de ses rêveries et de ses hallucinations, ne peut-il pas non plus nous survenir. »

Dans les lignes précédentes se manifeste avec abondance et ingénuité la fureur de théorie pathogénique qui caractérise toutes les médecines primitives. On peut reconnaître deux grands modes d'explication de la folie du peintre parmi son entourage. Pour les uns, Hugo Van der Goes est atteint d'une affection mentale d'origine organique et d'étiologie, pour ainsi dire humaine de frénésie. Pour les autres, le peintre souffre d'un mal d'origine diabolique et d'étiologie divine: il est possédé du démon. Les partisans de la frénésie invoquent les vices de l'alimentation, les excès alcooliques, le surmenage moral, l'intoxication des humeurs. G. Ofhuys penche pour le désordre de la circulation cérébrale, causé par la lésion d'une certaine veine, dont les rapports anatomiques ne sont d'ailleurs indiqués qu'avec « la puissance créatrice et de rêverie ».

Ceux qui croient à l'intervention divine invoquent la punition que Dieu inflige à l'orgueil du maître, les voies de sa pénitence et de son amendement, et enfin l'édification de l'entourage du malheureux pécheur.

Toute cette pathogénie du moyen-âge est caractérisée par l'ignorance des faits naturels, normaux et pathologiques; par la hardiesse et l'inanité des hypothèses; enfin, par l'intervention constante de théories mystiques dans l'explication des maladies.

Quatre cents ans après G. Ofhuys, un éminent critique d'art, Alph. Wauters, dans le livre que nous avons déjà cité, reprenait l'étude de la biographie et de l'œuvre de Hugo Van der Goes et émettait un jugement, intéressant à reproduire ici, sur les causes de l'éclosion et de la persistance des troubles psychiques chez le grand artiste.

Après avoir rappelé la mort de cette jeune femme, originaire de Gand, que le peintre avait aimée et représentée sous les traits d'Abigail s'avançant à la rencontre de David, dans un de ses tableaux les plus connus; puis la solitude, la tristesse et la retraite au prieuré, en 1472, de Hugo Van der Goes, Alph. Wauters s'exprime ainsi:

« Dans le cadre poétique du cloître, le peintre aura senti se réveiller ses ardeurs d'autrefois... et sa raison aura succombé dans la lutte entre les nouveaux devoirs et le souvenir d'affections mal éteintes, réveillées par ses occupations même.

» Autorisé dans le cloître à recevoir les laïques, les hôtes, etc., le peintre y menait une existence mixte, tantôt pleine de calme et de mélancolie, tantôt bruyante et dissipée. Le chroniqueur Van Opstal cherche en vain dans les préoccupations de l'artiste, avide de terminer ses travaux, dans ses lectures constantes, dans la colère divine, dans des repas trop copieux, le secret de la folie de Hugues. Une autre passion en fut sans doute la cause principale; mais, on le comprend, cette cause resta le secret du malheureux; ou, si elle se découvrit, ne put être proclamée dans un cloître, ni mentionnée dans une chronique monastique. »

Wauters exprime donc l'opinion formelle que Hughes devint mélancolique par suite, non pas précisément de la mort de sa femme, décédée au moins cinq à six ans avant l'éclosion de l'accès de Cologne, mais à cause de la hantise obsédante du souvenir de sa femme, provoquée et entretenue par la fréquentation des laïques, la culture de son art et la persistance, au moins dans une certaine mesure, de ses attaches avec le monde extérieur.

« Le séjour de Rouge-Cloître ne fut pas sans influence sur la destinée de l'artiste. Le site est magnifique; le couvent vivait sous une discipline sévère : la nouvelle demeure de Hugues aurait dû exercer sur sa santé et sa raison une influence bienfaisante. Mais la solitude n'est salutaire qu'à ceux qui ont complètement rompu avec les plaisirs du monde, et qui n'y emportent pas, comme un ulcère rongeur, des souvenirs à la fois tendres et cruels. Les pratiques régulières de la vie religieuse amortissent les passions; mais ces dernières ne s'éteignent pas chez ceux qui reviennent prendre place à des banquets savoureux, et qui revivent le souvenir des plaisirs de la la jeunesse, en retraçant les traits d'une femme aimée, cette femme fut-elle pieuse et modeste, comme celle que Hugues se plaisait à peindre. »

Dans d'autres passages de son mémoire, Wauters analyse les caractères de la folie du maître flamand. Il rapporte le désespoir et la crainte de la justice divine chez le malade, au sentiment de sa culpabilité, et aux remords que Hugues éprouvait de n'avoir pas lutté contre ses passions. Il attribue les idées de suicide au déchirement intérieur du malheureux moine, engagé dans une voie sans issue entre la vie monastique à laquelle il ne pouvait se plier et les sentiments profanes qu'il se reprochait.

De même Wauters prétend que c'est sous l'influence du découragement que le peintre se décida à quitter le réfectoire et à aller prendre ses repas avec les plus humbles frères de la communauté.

Nous ne nous attarderons pas ici à faire la critique facile des opinions de Wauters sur l'étiologie et la pathogénie des troubles psychiques présentés par Hugo Van der Goes. S'il est naturel de retrouver dans une chronique du xve siècle, sous la plume de G. Ofhuys, la naïve et complexe pathogénie de la médecine du moyen-âge, il est intéressant de constater que, dans un livre qui date de 1872, un auteur moderne s'efforce de rattacher au souvenir d'anciennes amours et à la fréquentation du monde laïque, l'éclosion d'une maladie aussi connue et aussi classique que la mélancolie. Le critique moderne n'invoque plus l'intervention de Dieu ni du Diable; il n'émet plus des hypothèses aussi compliquées et aussi extravagantes que le médecin du xve siècle; mais il ignore les progrès de la sience médicale et, appliquant les lois de la psychologie normale au fonctionnement du cerveau malade, il s'efforce d'expli-

quer l'apparition et la forme des accidents mélancoliques, par les causes banales qui engendrent chez l'homme normal la tristesse et le désespoir. C'est l'ailleurs là un vice de raisonnement commun non seulement à tous les gens du monde, mais aussi aux médecins qui n'ont pas l'expérience des maladies mentales. Si, en effet, les profanes reconnaissaient leur ignorance de la médecine, lorsqu'il s'agit de médecine ordinaire, ils se réservent, par contre, le droit d'exprimer leur opinion et de prodiguer leurs conseils, lorsqu'il s'agit de médecine de l'esprit. Il ne faut voir dans cette habitude de jugement qu'un vestige des doctrines spiritualistes et une conséquence des idées relatives à la distinction de l'âme et du corps.

Cette critique comparée de deux textes distants de quatre siècles, et tous deux consacrés à la folie du même personnage historique, démontre qu'en dépit des progrès généraux de la science, tendent toujours à persister dans la relation et le commentaire des maladies mentales, les mêmes vices et les mêmes erreurs de méthode : l'explication substituée à la description ; l'interprétation des faits remplaçant leur exposition ; enfin, l'observation objective sacrifiée à l'appréciation subjective des choses.

XXe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Bruxelles, 1 au 8 Août 1910

(*Suite.*)

DISCUSSION DES RAPPORTS

(Voir le texte in-extenso de ces rapports dans les n°s 15, 16, 17 du *Journal de Neurologie*)

M. DENY (de Paris). — Dans son intéressant et très documenté rapport, M. Lhermitte décrit sous le nom d'***hypnose*** une entité clinique qu'il n'hésite pas à considérer comme indépendante de l'épilepsie, de l'hystérie, etc. Bien que semblable théorie ait déjà été soutenue par plusieurs auteurs éminents, j'ai été un peu surpris de la voir admise sans discussion par le rapporteur.

Le principal argument sur lequel s'appuie M. Lhermitte pour justifier l'existence d'une névrose distincte est qu'un grand nombre de sujets, en apparence sains, non entachés d'hystérie, peuvent être plongés dans un sommeil plus ou moins profond par une série de pratiques (fixation du regard, fixation d'un objet brillant, bruit intense ou soudain, etc.), qui se ramènent tous en dernière analyse à la suggestion et ont une action entièrement psychique.

Admettre avec M. Bernheim que 95 % et même avec M. Crocq que 80 % des sujets sains sont influencés par ces pratiques hypnogènes, cela revient presque à dire que tout le monde, ou à peu près, est hypnotisable.

Personne ne contestera, je pense, qu'il y ait là une grosse part d'exagération, mais je vais plus loin et je ne crois pas qu'un sujet réellement sain, puisse être endormi au commandement. Quand on examine un peu attentivement les sujets qui paraissent réagir à l'injonction de dormir, on constate toujours l'existence actuelle ou antérieure de quelques troubles psychiques, sentitifs ou moteurs (émotivité exagérée, anesthésie, hyperesthésie, paralysie, mouvements convulsifs, tics, etc.), qui sont autant d'indices d'une constitution névropsychopatique.

Nul n'est donc hypnotisable s'il n'est, au préalable, un malade et l'on peut à bon droit soutenir que ce malade est toujours à quelque degré un hystérique si, comme on tend à le faire aujourd'hui, on n'accorde la dénomination d'hystériques qu'aux phénomènes qui sont le résultat de la suggestion ou de l'auto-suggestion. N'est-ce pas, en effet, de la suggestion — et cela de l'aveu même de M. Lhermitte — que relèvent les pratiques qui provoquent l'hypnose? Les phénomènes hystériques et les phénomènes hypnotiques reconnaissent donc le même mécanisme psychologique : ils ont la même origine et sont de la même famille. Et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que ces deux groupes de phénomènes se comportent de la même façon, ont, si l'on peut dire, la même évolution : nés de la suggestion, ils disparaissent par une contre-suggestion.

On m'objectera peut-être que les phénomènes hystériques apparaissent spontanément, tandis que les états hypnotiques sont habituellement provoqués; cela est exact, mais ce caractère ne suffit pas à établir entre les premiers et les seconds une ligne de démarcation tranchée, M. Lhermitte ayant très judicieusement fait remarquer que l'hypnose n'est pas toujours le produit d'une suggestion extérieure, qu'elle peut résulter de l'auto-suggestion, c'est-à-dire que ses manifestations peuvent apparaître spontanément, comme celles de l'hystérie. Tout plaide donc en faveur du rapprochement nosologique, des états hypnotiques et des manifestations hystériques et cela est si vrai, que lorsqu'on suggère à un malade de dormir, c'est quelquefois une crise d'hystérie que l'on provoque.

Il n'y a donc, il me semble, aucune bonne raison pour créer de toutes pièces sous le nom d'hypnose une névrose autonome : l'hypnose n'est qu'une manifestation de l'hystérie, comme l'a toujours soutenue l'école de la Salpêtrière et comme l'a démontré encore récemment M. Babinski

Mais ce premier point établi, une autre question se pose. Est-il bien certain que le sommeil dit hypnotique corresponde à une réalité? M. Babinski, dans le travail auquel je viens de faire allusion, opine pour l'affirmative, mais non sans de sérieuses réserves. Celles-ci sont d'autant plus justifiées, que rien n'est plus facile que de simuler le sommeil et qu'il n'existe plus à l'heure actuelle aucun caractère, objectif ou somatique, permettant de distinguer le sommeil dit hypnotique. Les malades, les mythomanes comme dirait M. Dupré, qui ont avoué avoir simulé l'hypnose, les uns par condescendance, les autres par malignité, sont aujourd'hui légion. Il n'est pour ainsi dire pas de consultation pour maladies nerveuses où l'on n'obtienne spontanément de pareils aveux.

Mais il existe bien d'autres raisons de suspecter la sincérité des sujets mis en état d'hypnose.

Et tout d'abord cet état d'hypnose est d'un polymorphisme déconcertant. Il varie de ville en ville, d'hôpital à hôpital. Que dis-je, dans le même hôpital on l'a vu revêtir des caractères différents d'un service à un autre. Comment, dans ces conditions, méconnaître la part considérable de l'éducation, de l'entraînement, du dressage, sinon de la simulation, dans la production du sommeil

dit hypnotique. Et l'étrangeté de ce sommeil ne doit-elle pas encore inspirer quelques doutes? Ce sommeil dans lequel le soi-disant dormeur a perdu toute communication avec l'extérieur et reste cependant en communion si étroite, si intime, avec son hypnotiseur, qu'il l'entend, lui répond, lui obéit — et cela même à distance — d'après quelques auteurs.

Que dire encore de cette soi-disant captation d'un sujet par un autre, qui caractériserait certaines formes d'hypnose, cet asservissement de la volonté qui ne se manifeste que pour des actes pareils ou futiles et s'évanouit chaque fois qu'il s'agit d'un acte sérieux pouvant nuire à la personne qui l'accomplirait? Qui oserait se porter garant d'un crime commis en état d'hypnose? Si dans les circonstances graves l'hypnotisé redevient maître de sa personne et de ses actions, n'est-ce pas que dans les autres il n'a fait que jouer la comédie.

Pour ne pas constituer des raisons décisives et absolument péremptoires, je le reconnais, les arguments qui précèdent me semblent cependant mériter d'être pris en considération.

Au surplus, ne pourrait-on pas invoquer une preuve plus directe, de l'irréalité des états hypnotiques? Puisque ces états — tous les auteurs sont unanimes sur ce point — sont une manifestation, une conséquence de la suggestibilité, pourquoi ces états ne peuvent-ils jamais être obtenus au cours des affections mentales, où l'hypersuggestibilité est la règle? La malléabilité du psychisme des débiles, la désagrégation mentale des déments de toutes catégories, ne sont-elles pas des conditions éminemment favorables à la production de l'hypnose? Les hypnotiseurs les plus ardents sont cependant tous d'accord pour déclarer que de tels malades sont essentiellement réfractaires aux pratiques hypnotiques. Qu'est-ce à dire sinon que l'hypnotisme au lieu d'être fonction de la suggestibilité, comme on l'admet généralement, n'est sans doute dans l'immense majorité des cas, que le produit de la supercherie et de la simulation.

M. Henry MEIGE (de Paris). — M. Lhermitte a donné dans son rapport une assez large place à la narcolepsie hystérique, et il a bien fait. Trop de travaux on été consacrés à cette question pour qu'on puisse la passer sous silence. Mais je crois que la narcolepsie hystérique, comme la plupart des manifestations qui ont été attribuées à l'hystérie, est sujette à révision. Les observations rappelées par le rapporteur sont déjà anciennes: elles datent d'une époque où l'on attribuait à l'hystérie des caractères dont la valeur diagnostique est aujourd'hui contestée. On sait ce qu'il faut penser actuellement des prétendus stigmates de l'hystérie, dont l'origine suggestive ne paraît guère douteuse dans l'immense majorité des cas. Il en est vraisemblablement de même des caractères que l'on considérait comme distinctifs du sommeil hystérique. Cette convulsion du globe oculaire, ce frémissement des paupières, que M. Lhermitte a remémorés, d'après les données traditionnelles, les a-t-il constatés lui-même? Est-il parvenu à les différencier de ce que l'on voit dans les autres sommeils, y compris le sommeil naturel et surtout le sommeil simulé? Enfin, M. Lhermitte a-t-il eu la fortune, rarissime aujourd'hui, d'observer un seul cas de narcolepsie hystérique? — Non, n'est-ce pas? C'est donc uniquement pour se conformer à la tradition qu'il a décrit un sommeil hystérique reconnaissable à certains caractères réputés distinctifs. Encore une fois, il a eu raison de le faire, mais peut-être eût-il dû attirer l'attention sur la nécessité d'apporter dans l'observation de ces cas, devenus exceptionnels, une vigilance, pour ne pas dire méfiance, toute particulière. Pour ma part, quand je me rappelle les cas de narcolepsie hystérique que j'ai vus jadis à la Salpêtrière et dont à cette époque la nature hystérique ne me paraissait pas dou-

teuse, je me demande, averti que je suis maintenant de la nécessité d'un contrôle plus rigoureux, si vraiment cet étrange sommeil était bien le fait de l'hystérie ou si plutôt nous n'étions pas le jouet d'habiles simulatrices. Les caractères distinctifs eux-mêmes que l'on attribuait au sommeil hystérique, le frémissement palpébral, le renversement des globes, paraissent fort suspects : on les retrouve dans certaines conditions de sommeil naturel et surtout lorsque le sommeil est simulé. Et pour ce qui est des troubles de la sensibilité signalés chez les dormeurs hystériques, je crois que tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'ils sont le produit d'une suggestion, elle-même d'origine médicale.

Un fait doit éveiller notre méfiance : c'est qu'en dehors des milieux où était cultivée l'hystérie traditionnelle, et où l'influence de la suggestion médicale paraît aujourd'hui évidente, les exemples de sommeil dit hystérique n'apparaissent que dans des conditions suspectes, où il n'est guère possible d'exercer une surveillance efficace. Ces sommeils merveilleux naissent dans des localités lointaines, chez des gens mal avertis, prodigues de doléances, manifestant avec excès leur surprise et leur compassion. Plus elle dort, plus la dormeuse devient intéressante, et réciproquement. La curiosité dont elle est l'objet va croissant ; elle est entourée d'une auréole de mystère ; son nom, son portrait sont publiés par les journaux. Il en rejaillit de la gloire sur son entourage, sur sa province. Son réveil serait une désillusion, une déchéance. Aussi continue-t-elle à dormir. Et, il faut bien le dire, les visites médicales, les examens et les réflexions inconsidérés contribuent à augmenter son envie de dormir.

Il y a là tout un ensemble de facteurs suggestifs dont le plus clair résultat est la prolongation du sommeil. Les faits de ce genre ne doivent donc être acceptés qu'avec une extrême réserve. Ces soi-disant narcolepsies hystériques pourraient bien n'être que de simples faitaisies de mythomanes désireuses d'attirer sur elles l'attention.

M. Ernest DUPRE (de Paris). — Je tiens à confirmer l'opinion émise par M. Deny et par M. Meige. Je ne crois pas qu'on puisse établir de différence entre l'hystérie et l'hypnotisme... La narcolepsie hystérique n'est qu'un des modes de manifestation de cet état psychopathique que j'ai désigné sous le nom de mythomanie. Par suite d'une tendance morbide à la simulation, au mensonge, à la fabulation, certains mythomanes sont amenés à réaliser des phénomènes qui, par leur étrangeté, peuvent éveiller l'intérêt ou la compassion. C'est ce besoin morbide de se rendre « intéressant », de quelque façon que ce soit, qui représente le fond même de la constitution mythomaniaque.

Les manifestations hypnotiques donnent à cet égard toute satisfaction aux mythomanes. Quand elles ne sont pas provoquées par le médecin, elles sont souvent entretenues par lui. Ce dernier devient ainsi le collaborateur, plus ou moins conscient, d'un phénomène psycho-pathologique. En réalité, hypnotiseur et hypnotisé constituent un couple psychopathique fort intéressant à étudier.

M. CLAPAREDE (de Genève). — Le sommeil n'est-il pas le résultat d'une intoxication, c'est une fonction active de notre organisme, comme la mixtion, réaction de défense de l'individu, qui est jusqu'à un certain point soumise à l'action de la volonté. Il n'y a qu'un critérium permettant de distinguer les caractères pathologiques du sommeil et ce critérium est basé sur la notion d'intérêt de l'individu. Tout sommeil qui lui profite est un sommeil normal ;

tout sommeil qui lui nuit, qui n'est pas adapté aux conditions du moment, est un sommeil anormal.

M. BINET-SANGLE (de Paris) admet que le sommeil a une origine toxique à laquelle se joint l'axoménie. Il existe entre les divers sommeils pathologiques des relations aussi étroites qu'entre le sommeil normal et le sommeil pathologique.

M. GRAETER (de Bâle). — Au moyen de l'hypnose on fixe davantage l'attention du patient, on diminue chez lui le contrôle des actes et l'on peut éveiller des sentiments nouveaux qui lui soient profitables.

M. DEMONCHY (de Paris). — Si le sommeil a été étudié, tant au point de vue clinique que thérapeutique, et il n'en a pas été ainsi du réveil auquel on n'a pas attaché toute l'importance utile. Or, nombre de gens, paraissant éveillés, dorment d'un sommeil plus ou moins localisé. C'est donc la capacité du réveil, plus ou moins complet dont l'individu est susceptible qu'il faut pouvoir discerner. Savoir, non pas endormir, mais réveiller l'individu, tout est là.

M. CHARTIER (de Paris), rapporte une observation de narcolepsie chez une femme atteinte de sclérose en plaques et qui dormait régulièrement dix-neuf heures sur vingt-quatre.

M. LHERMITTE, rapporteur. — Je pense, comme M. Régis, qu'il y a intérêt à ne pas séparer les divers sommeils pathologiques, mais le titre même de mon rapport m'obligeait à me borner aux narcolepsies.

Je crois que le sommeil paroxystique ne peut être séparé que bien difficilement du sommeil normal, car, par exemple, la fatigue peut produire celui-là chez des gens sains.

La théorie toxique de la narcolepsie se heurte à cette constatation que cet accident se produit, ou non chez des malades ayant les mêmes lésions cérébrales, ou le diabète.

Quant à la narcolepsie hystérique, ses observations sont en si grand nombre dans la science, qu'il m'a semblé impossible de la rayer d'un seul mot. Du reste, il y a des hystériques qu'on ne peut hypnotiser, comme des hypnotisés qui ne présentent aucune tare nerveuse. Enfin, les expériences de Richet sur les animaux tendent à montrer la réalité de l'hypnose.

M. DENY (de Paris). — Un mot pour combattre le dernier argument sur lequel vient de s'appuyer M. Lhermitte pour séparer l'hypnose de l'hystérie. Il est exact que l'on peut obtenir chez les animaux certains états d'engourdissement, de somnolence ou de torpeur, mais il est loin d'être démontré que ces états correspondent à ce qu'on désigne généralement sous le nom d'hypnose. Les pratiques plus ou moins bizarres grâce auxquelles on réalise ces états ont en tout cas une action purement mécanique et non une action psychique. On ne saurait donc identifier les états hypnotiques de l'homme, où la suggestion est *tout*, aux états grossièrement analogues de l'animal dans lesquels la suggestion ne joue aucun rôle.

La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses et mentales

par MM. ROSE (de Paris) et SANO (d'Anvers)

Discussion

M. Henry MEIGE (de Paris). — Le rapport de M. Rose aboutit à des conclusions abondantes, mais décevantes, et je crains que sa critique, à force de s'étendre, ait contribué à obscurcir la question plutôt qu'à l'éclairer.

Le rapporteur s'est montré particulièrement sévère pour la théorie segmentaire qu'avait proposée Brissaud. Il l'a rejetée délibérément, en des termes qui eussent gagné à être plus pondérés. Ce n'est pas là une opinion personnelle. J'ai entendu avec plaisir le co-rapporteur, M. Sano, mettre la question à son juste point, en montrant que la théorie métamérique de Brissaud n'était pas une pure fiction, mais qu'elle avait pour base des faits embryologiques et anatomiques dont M. Rose parait avoir insuffisamment apprécié la valeur. Qu'il y ait une part d'hypothèse dans l'idée d'une répartition segmentaire des lésions cutanées correspondant exactement à la métamérie spinale, nul ne le conteste; mais dire que la métamérisation spinale ne s'appuie sur aucun argument anatomique ou embryologique, c'est vraiment trop oublier l'existence d'une segmentation embryonnaire, de même que les faits exposés jadis au Congrès de Pau par M. Sano lui-même et qu'il a rappelés ici.

Au surplus, la théorie métamérique ne prétend pas expliquer la répartition de toutes les lésions cutanées d'origine nerveuse. Brissaud a montré aussi, notamment pour le zona, que les éruptions occupaient tantôt le territoire d'un nerf périphérique, tantôt une zone radiculaire. Enfin, il a signalé à maintes reprises le rôle que paraît jouer le sympathique dans la production des trophonévroses.

Quel que soit l'avenir réservé aux applications de la métamérisation spinale à à l'interprétation du siège des lésions cutanées, je crois, avec M. Sano, que la conception de Brissaud mérite d'être retenue. L'idée qu'il peut exister chez l'adulte des territoires périphériques correspondant à la segmentation médullaire embryonnaire n'est pas, comme le dit M. Rose, une simple vue de l'esprit.

Si même il en était ainsi, une telle hypothèse aurait eu du moins le mérite d'éveiller des réflexions et de susciter des recherches; à coup sûr elle demeurera plus féconde que sa critique.

M. PARHON (de Bucarest) se rallie également à l'avis de M. Sano. Il considère que la théorie métamérique de Brissaud repose sur des arguments parfaitement défendables. Rappelant qu'il a constaté des lésions médullaires qui paraissent en relation certaine avec des lésions du sympathique, il admet qu'il faut tenir aussi grand compte des altérations de ce dernier.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). — Comme M. Parhon j'ai expérimenté sur le sympathique et j'ai trouvé comme lui des lésions chromatolytiques et atrophiques des cellules nerveuses de la corne latérale de la moelle dorsale et la base de la corne antérieure de la moelle cervicale, du côté correspondant à l'ablation, chez le chien, de la chaîne sympathique thoracique. De ce que certains expérimentateurs sont arrivés, dans des expériences analogues, à des résultats négatifs, ce n'est pas une raison pour ne tenir aucun compte des faits positifs qui sont encore peu nombreux.

Enfin, comme MM. Sano et Meige, je trouve M. Rose bien sévère pour la

théorie de Brissaud. Il me paraît encore prématuré de rayer une théorie qui n'est peut-être pas vraie, mais qui est, en tout cas, très ingénieuse.

M. ROSE. — Je tiens à répondre à M. Meige que je suis un admirateur du professeur Brissaud. Je ne partage pas sa manière de voir en ce qui regarde la métamérisation spinale; mais peut-être les termes dont je me suis servi dans mon rapport ont-ils dépassé ma pensée.

En ce qui regarde le sympathique, je ne crois pas que la connaissance de ses noyaux médullaires puisse nous renseigner davantage sur la répartition des territoires cutanés qui leur correspondent.

M. SANO (d'Anvers). — Je n'ai rien à répondre aux argumentations qui ont été faites, sauf en ce qui concerne la théorie métamérique de Brissaud. Je tiens à répéter qu'il ne me paraît pas possible de n'y voir qu'une simple hypothèse. Comme je l'ai dit, des preuves indirectes la justifient pleinement. Elle mérite d'être prise en considération.

Quant aux expériences sur le sympathique, elles ne me paraissent pas suffisamment probantes en raison des réactions chromatolytiques qui se produisent à leur suite dans les noyaux médullaires.

Alcoolisme et criminalité

par MM. LEY (de Bruxelles) et René CHARPENTIER (de Paris)

Discussion

M. GRANJUX (de Paris). — L'alcoolisme et la criminalité alcoolique qui sont, en général, en augmentation dans la population civile, diminuent dans la plupart des armées européennes.

Où s'alcoolisent les militaires?

L'étude des dossiers a montré qu'aucun des militaires condamnés ci-dessus ne s'est enivré à la caserne. La circulaire ministérielle interdisant la vente dans les casernes de l'eau-de-vie et des apéritifs est strictement appliquée.

Malheureusement le soldat est attiré par les cabarets borgnes qui encerclent les casernes; il s'alcoolise sur le comptoir et se syphilise derrière. Ces bouges sont l'antichambre des conseils de guerre.

Une répression énergique de l'ivresse peut la rendre exceptionnelle. L'un de nous, agissant ainsi, l'a fait disparaître de la section d'infirmiers dont il avait la surveillance. Mais ce n'est là qu'un palliatif. Le but de la prophylaxie antialcoolique doit être dans l'armée de protéger le soldat contre le cabaret.

Dans ce but, on a créé des cercles du soldat dans les casernes. C'est un progrès incontestable, mais insuffisant parce que le troupier est entraîné en ville par la même force irrésistible qui pousse les élèves des écoles de l'Etat à s'en échapper dès que la porte est ouverte. C'est une évasion instinctive, qu'on ne saurait empêcher, ni même blâmer, d'autant qu'on peut la rendre profitable pour le soldat.

Il suffit pour cela d'organiser en ville « des maisons du soldat » des « foyers du soldat », c'est-à-dire des locaux où le soldat est chez lui, où il trouve un abri pour la valise qui contient ses affaires personnelles, du papier à lettres pour faire sa correspondance, des livres, des jeux, et pas d'alcool.

L'autorité militaire, et il faut l'en louer, autorise ces créations, à condition qu'elles soient tenues à l'écart de la religion et de la politique. La Croix

Rouge commence à organiser de ces « maisons du soldat ». C'est une tâche pour laquelle elle parait indiquée, et on ne saurait trop l'engager à y persévérer.

M. REGIS (de Bordeaux). — D'accord en tout, ou à peu près, avec MM. Ley et Charpentier, je me bornerai à présenter quelques brèves réflexions sur certains points de leur rapport.

Aux pages 14 et 15, les rapporteurs citent cette opinion de Grotjahn que tous les criminels alcooliques ne doivent pas leur criminalité à l'alcoolisme, certains étant, en effet, des criminels devenus, de par le milieu où ils vivent, des buveurs d'habitude.

Cette opinion m'a paru judicieuse et intéressante à contrôler. Pour cela, j'ai recherché combien, sur un nombre déterminé d'alcooliques chroniques avec accès de délire subaigu, il existait de délinquants, de façon à comparer cette statistique à celle de Charpentier, qui a recherché combien, sur un nombre déterminé de criminels, il existait d'alcooliques.

Notre rapporteur a constaté, vous le savez, que sur 885 aliénés délinquants et criminels, 370, soit 41.80 %, étaient des alcooliques.

Sur 100 alcooliques chroniques avec délire aigu ou subaigu passés dans ma clinique psychiatrique dans ces dernières années, un seul avait eu maille à partir avec la justice; 26 s'étaient livrés à des actes de violence plus ou moins graves, presque toujours sur leur femme ou leurs enfants, mais sans qu'il y ait eu poursuite judiciaire.

A moins que je ne sois tombé sur une série exceptionnelle, cela confirme l'opinion de Grotjahn; mais il n'en reste pas moins acquis que l'alcoolisme prédispose particulièrement aux violences impulsives et, de façon générale, à la criminalité.

Dans le chapitre du rapport consacré à la *descendance des alcooliqes*, M. Ley a bien voulu rappeler les conclusions de la thèse de mon élève Fonquesnie sur les caractères comparatifs de l'hérédo-alcoolisme et de l'hérédo-syphilis.

Tandis que la descendance des syphilitiques se fait remarquer, avec un taux de natalité normal, par une fréquence extrême des fausses couches et des mort-naissances et par une amélioration progressive des produits, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'infection, la descendance des alcooliques, elle, se distingue par un chiffre de natalité très au-dessus de la moyenne, une polymortalité infantile considérable sans excès de fausses couches et de mort-naissances et par une aggravation progressive des tares dégénératives de la race au fur et à mesure que persiste et s'accroît l'éthylisme paternel; d'où résulte en fin de compte une production et une survivance caractéristiques d'anormaux et de criminels, sous toutes les formes et à tous les degrés. Il n'était pas inutile, me semble-t-il, de redire ici ces choses, au moment surtout où l'on s'apprête en France, pour lutter contre la dépopulation, à attribuer des secours légaux aux familles nombreuses, c'est-à-dire, pour une bonne part au moins, à des familles d'éthyliques.

M. Charpentier a insisté avec raison sur l'importance clinique et médico-légale des *idées de jalousie* dans l'alcoolisme et il fait observer que ces idées, basées dans la généralité sur des interprétations fausses, sont « alimentées parfois par des illusions et des hallucinations ». Le rôle des illusions et des hallucinations est, à mon avis, plus fréquent et plus important encore en pareil cas; il était manifeste chez presque tous les malades que j'ai observés, notamment chez ce délirant qui voyait soit un homme, soit même un diable couché, comme lui, à côté de sa femme, ou passant sa verge à travers un trou

de la cloison et qui, après s'être battu avec ce rival imaginaire, accablait sa compagne de reproches, de menaces et de coups.

C'est également avec raison que M. Charpentier a rappelé le rôle de l'auto-accusation — j'aime mieux dire l'auto-dénonciation — délirante dans l'alcoolisme médico-légal. J'ai eu l'occasion de suivre de près, successivement, un cas d'auto-dénonciation chez le fils et d'hétéro-dénonciation chez le père, tous deux alcooliques faibles d'esprit. Je crois devoir répéter à ce sujet que ces dénonciations délirantes, quand elles ne sont pas tôt reconnues pour telles, peuvent avoir pour effet de troubler et de désorienter l'instruction d'une affaire, d'où la nécessité, pour les magistrats aussi bien que pour les experts, de les bien connaître.

En parlant des associations de l'alcoolisme avec d'autres états morbides, M. Charpentier a noté que l'alcoolisme, lorsqu'il se joint à la paralysie générale, peut la rendre plus nocive et plus criminelle. C'est un fait des plus exacts, sur lequel j'ai également insisté avec Lecalvé et Blain, en montrant que le paralytique général, rarement criminel en dehors de ses vols et de ses outrages publics à la pudeur, commettait plus ou moins fréquemment des délits de violence lorsqu'il était en même temps alcoolique.

Il me faut, en terminant, indiquer le seul point sur lequel je suis en désaccord avec les rapporteurs.

Malgré tout le soin qu'ils ont mis à ne pas aborder la question de la nocivité comparative des différentes boissons alcooliques, il apparaît clairement que le vin est rangé par eux parmi les boissons qui intoxiquent et qui poussent au délit et au crime.

Il y a plus. Parlant de la création d'asiles spéciaux pour buveurs, ils vont jusqu'à dire que dans ces asiles le médecin devra, comme tout le personnel, être ***abstinent total.***

Je regrette d'avoir à m'élever, et à m'élever énergiquement, contre une pareille déclaration.

M. Ley et M. Charpentier croient que le vin rend alcoolique, délirant et criminel au même titre que l'absinthe et les apéritifs. Plus de trente années d'expérience et d'observation m'ont totalement convaincu du contraire et m'ont démontré : que la fréquence de l'alcoolisme cérébral, dans un pays, est en proportion inverse du vin qu'on y récolte et qu'on y boit et en proportion directe des apéritifs qu'on y consomme; que l'alcoolisme délirant s'observe essentiellement chez le buveur d'apéritifs et exceptionnellement chez le buveur de vin (j'en suis encore à voir, aujourd'hui, un alcoolique délirant qui n'ait bu que du vin) ; que lorsqu'on étudie l'alcoolisme, dans un pays, non pas en bloc, mais par régions (j'ai déjà provoqué des travaux de ce genre dans sept régions de la France), on constate que les départements viticoles et même les départements à distillation d'alcool de vin, comme l'Armagnac et la Charente, sont ceux qui ont le minimum d'alcooliques, le maximum appartenant aux départements non viticoles; enfin que, lorsque, dans un département, il existe une grande ville à nombreux débits d'alcool et d'apéritifs et des campagnes où l'on ne boit que du vin, l'alcoolisme délirant sévit intensément dans la grande ville et reste inconnu dans les campagnes. L'exemple le plus topique est fourni par la Gironde où, à Bordeaux, l'alcoolisme déliront foisonne parmi les ouvriers des quais, buveurs d'absinthe et d'apéritifs, tandis qu'on n'en trouve nulle trace dans toute la région du Médoc, où l'on boit, copieusement peut-on dire, du vin naturel.

Que M. Ley et M. Charpentier aient à cet égard, malgré tout, une opinion contraire, libre à eux.

Mais que, dans cette conviction, ils poussent l'intransigeance jusqu'à vouloir exiger que le médecin d'un asile de buveurs s'engage à être un abstinent complet, à ne pas boire une goutte de vin, même à ses repas, pur ou mélangé d'eau, voilà qui dépasse toute mesure, voilà ce que je ne puis, ce que je ne saurais admettre; voilà, irai-je jusqu'à dire, qui est attentatoire à la liberté.

Si je me sens les qualités requises pour diriger un asile de buveurs, je veux pouvoir prétendre à cet emploi sans être tenu à une profession de foi, à un billet de confession abstinente. Je veux la liberté de mon alimentation et de ma boisson, comme la liberté de ma pensée.

Pour justifier la mesure draconienne proposée, on invoque le bon exemple à donner et la nécessité pour le succès de la cure, que les malades d'un asile spécial de buveurs ne voient point boire autour d'eux des boissons alcooliques. Je suis tout à fait d'avis que le personnel d'un asile de buveurs doit à ses malades le bon exemple et il serait déplorable qu'il comptât dans ses rangs des intempérants, fréquentant débits et cafés et buvant avec excès.

Mais quel rapport cela peut-il bien avoir avec le fait, pour les gens composant ce personnel, médecins, surveillants, infirmiers, de boire un peu de vin coupé d'eau, à la française, ou même pur, à la table de famille, car probablement, il s'agit dans la pensée de ceux qui comprennent si bien la liberté, d'interdire absolument le vin non seulement au médecin et aux gardes-malades, mais encore à leurs femmes et à leurs enfants.

Le bon exemple, je croirais le donner aussi bien et mieux même que les abstinents totaux en buvant, suivant notre habitude ancestrale, un peu de bon vin à mes repas, au vu et au su des malades en leur disant : « Voyez où vous a conduits l'abus des mauvais alcools, des apéritifs, des boissons alcooliques prises à jeun et sans mesure. Revenez, comme nos aïeux, au bon vin naturel pris au repas, en quantité modérée. Faites comme moi. C'est pour vous le meilleur moyen de guérison. C'est le salut. » Telle a toujours été d'ailleurs, ma formule, telle est celle que j'ai apportée à la section « Hygiène mentale et antialcoolisme » du Comité girondin de l'Alliance d'hygiène sociale, dont j'ai l'honneur d'être le président qui se résume en ce mot : « Guerre à l'apéritif. Retour au vin ! »

On a pu dire encore que si nous voulions la liberté, pour nous, de boire du vin, nous devions aussi la liberté à l'alcoolique de boire son poison-apéritif. C'est là du pur paradoxe. Il suffit de se rappeler que la liberté de l'individu cesse où commence celle de son voisin et de la collectivité pour se rendre compte qu'aucune assimilation ne saurait exister entre l'homme sobre, tempérant, qui boit du vin à ses repas et l'alcoolique qui s'empoisonne dans les débits : le premier ne nuit à personne; le second nuit, de mille manières, à la société qui dès lors a le droit et le devoir de se défendre contre lui.

Gardons-nous, messieurs, des exagérations et des formules trop absolues; gardons-nous surtout des anathèmes et des excommunications, qui ne sont plus, sous quelque forme que ce soit, de notre époque.

L'intransigeance n'a jamais fait de bien à une cause si juste fût-elle; elle n'a servi plutôt qu'à la perdre. L'antialcoolisme est pour nous tous ici une vertu admirable et bonne, que nous aimons et pratiquons de notre mieux; mais cette vertu deviendrait vite haïssable si elle tournait au mysticisme, au fanatisme étroit et sectaire. J'ai la conviction que l'insuccès de la campagne antialcoolique, au moins en France (car je ne parle ici bien entendu, que de la France), tient, pour une part, à son absolutime. Tant qu'elle fera indistinctement la guerre au vin comme à l'apéritif et au mauvais alcool; tant qu'elle voudra proscrire de l'alimentation du Français sa boisson séculaire,

le vin, auquel il est redevable d'une partie des qualités de sa race, et le forcer à boire de l'eau, elle n'obtiendra rien, sinon peut-être une augmentation du mal qu'elle veut combattre.

Au lieu de disséminer et de perdre nos forces en discutant ainsi à propos du vin, unissons-nous une bonne fois, contre l'annemi commun, contre celui vis-à-vis duquel aucun doute ne s'élève, contre l'absinthe, contre l'apéritif poison. Cela vaudra mieux, et cela sera plus efficace.

Le jour où nous aurons enfin triomphé de cet ennemi redoutable, qui nous menace de mort, le nombre des alcooliques délirants, surtout des alcooliques criminels, aura, partout, singulièrement diminué.

Ce ne sera pas encore l'âge d'or, car l'ivresse et l'ivrognerie, filles de l'excès de vin, persisteront sans doute, comme autrefois; mais ce ne sera plus, et voilà au fond, l'essentiel, l'alcoolisme qui s'excite, qui frappe, qui tue et qui déverse dans nos sociétés stériles un flot sans cesse grossissant d'anormaux, d'apaches et de vagabonds.

M. MINOR (de Moscou) rapporte les résultats favorables qu'il a obtenus par l'emploi de la psychothérapie appliquée aux buveurs d'habitude.

M. PAPADAKI. — Les sociétés d'abstinence seront impuissantes si la loi n'intervient pas, et voici les dispositions législatives désirables :

a) Tous les alcooliques qui actuellement sont condamnés pour abandon de famille, pour avoir troublé la décence et la tranquillité publique, etc., doivent être remis directement à l'asile pour buveurs, non au pénitentier ou au violon ;

b) Les alcooliques qui par suite de delirium tremens ou de toute autre forme d'aliénation mentale d'origine éthylique, seront internés dans la maison de santé, y séjourneront autant que durera leur maladie mentale. Passé ce terme, ils seront d'office remis à l'asile des buveurs;

c) Les buveurs qui se sont trouvés en conflit avec la loi et en faveur de qui un « non lieu » a été rendu, devront subir un traitement analogue, dès que le service médical de l'asile où ils aurant été mis en observation déclarera que le moment en est venu ;

d) Tout buveur contre qui plainte aura été déposée, soit par sa famille, soit par des personnes autorisées, pourra être interné d'office dans un asile pour buveurs;

e) La durée de l'internement pourra être fixée de six à douze mois et elle dépendra du rapport fourni par la direction de l'asile;

f) La dîme alcoolique doit être employée aux frais de l'internement et à l'entretien des familles des internés;

g) La capacité civile des internés ne sera modifiée qu'en tant que l'exige leur état mental. Car les buveurs, au bout d'un temps d'abstinence généralement court, se retrouvent en état de gérer parfaitement leurs affaires.

h) Les alcooliques qui auront été reconnus incurables seront remis soit à l'asile des aliénés, soit à un asile spécial.

M. CROCQ (de Bruxelles). — M. Ley va, dans son exclusion des boissons fermentées, si loin, qu'il défend, dans son asile, à tout aliéné, même un verre de bière. Personnellement, je n'en fais pas usage, mais je sais tout le prix que le peuple attache à cette boisson nationale, et je ne puis accepter qu'on prive d'un peu de bière légère, peu alcoolisée, des pauvres gens pour lesquels cette privation est cruelle, alors que la consommation de ce verre de bière est sans danger. En pareille circonstance, je trouve qu'il y a là un acte d'autorité qui prive inutilement un malheureux d'une satisfaction inoffensive, et constitue en quelque sorte une atteinte à la liberté.

M. GRAETER (de Bâle). — Il y a des cas où la jalousie n'est pas le fait de l'alcoolisme mais d'un état psychique antérieur. En Suisse, où nous faisons rentrer dans la démence précoce des cas qui n'y figurent pas en France, nous voyons beaucoup de déments précoces qui deviennent alcooliques et présentent de la jalousie.

Le nombre des déments précoces va en augmentant, et a pour conséquence une augmentation de la criminalité juvénile. Or, ces déments précoces sont, pour la plupart, des fils d'alcooliques, d'où la nécessité de lutter énergiquement contre l'alcoolisme.

On ne peut arriver dans cette voie à un résultat que par l'abstinence. Depuis plus de quinze ans nous avons en Suisse des asiles de buveurs et l'expérience a démontré que l'on n'arrivait au succès que là seulement où l'abstinence est complète, depuis l'infirmier jusqu'au directeur.

On a dit qu'en l'imposant ainsi on portait atteinte à la liberté individuelle. C'est exact, mais on a le droit d'agir ainsi.

L'abstinence, du reste, doit être la règle générale.

M. BOULENGER (Belgique). — Je crois que le remède est l'abstinence; mais je ne pense pas qu'on puisse la décréter par mesure d'Etat. C'est affaire locale. Aussi, je crois que l'on doit demander le droit d'option.

M. LEY, rapporteur. — Contrairement à M. Crocq, je crois que la bière — ainsi que toute boisson fermentée, *à fortiori* les alcools — doit être proscrite des asiles, en commençant par le directeur. On n'oblige personne à être directeur d'asile. Mais comme la direction d'un pareil établissement ne peut être efficace que si le directeur est abstinent, on ne doit nommer comme tel qu'un abstinent.

Du reste, qu'on le veuille ou non, l'abstinence totale est le seul moyen qui permettra d'enrayer l'alcoolisme.

M. LIENHART (Russie). — Dans les policliniques de Russie on met en pratique le « traitement ambulatoire » des alcooliques; les malades viennent volontairement à la policlinique, où on leur fait de la suggestion hypnotique qui donne des résultats.

M. VOIVENEL (d'Auch). — Ce que nous observons dans notre région, essentiellement vinicole, se superpose à ce qu'a dit M. Régis. Nous voyons peu d'alcooliques, et ce ne sont pas des paysans, c'est-à-dire des buveurs de vin, mais des ouvriers ou des bourgeois, c'est-à-dire des consommateurs d'apéritifs et d'alcools. On n'a pas de raison scientifique pour proscrire le vin.

M. FRANÇOIS (méd. mil. belge) demande que l'on désigne une commission pour reprendre les expériences sur la nocivité propre aux divers alcools ou boissons alcooliques, et proposer l'interdiction de tout ce qui serait reconnu réellement dangereux.

M. LEY, rapporteur. — M. Simonin nous a dit qu'il y avait dans l'armée un enseignement antialcoolique, mais celui-ci ne sera efficace que le jour où les officiers, à l'exemple de leurs collègues suédois, ne boiront que de l'eau.

Nous persistons à déclarer que le médecin d'asile de buveurs doit être un abstinent parce que, sans cela, il n'a aucune autorité morale sur ses malades.

Plus que jamais nous tenons à déclarer que, en dehors de l'abstinence totale, on n'obtiendra rien dans la lutte antialcoolique.

M. CHARPENTIER, rapporteur. — Je suis convaincu que l'abstinence totale est une nécessité absolue, et que, seule, elle est efficace pour le traitement des sujets alcoolisés.

BIBLIOGRAPHIE

Les manifestations fonctionnelles de psycho-névroses; leur traitement par la psychothérapie, par M. DÉJERINE et J. GAUCKLER. (Un vol. in 8° de 561 pages avec 1 planche. Paris, 1911. MASSON, édit. Prix : 8 francs.)

Envisagée comme méthode générale d'éducation ou de direction morale, la psychothérapie est aussi vieille que le monde. Toutes les philosophies, toutes les religions et surtout la religion catholique — le physiothérapeute n'étant en effet qu'un confesseur, un directeur de conscience laïque — l'ont appliquée ou l'appliquent encore. Peu nombreux cependant sont les médecins qui la comprennent et qui savent s'en servir en connaissance de cause.

Pour s'en convaincre il n'y a qu'à voir le nombre considérable de névropathes qui sont traités physiquement, c'est-à-dire comme atteints de lésions organiques effectives. L'auteur fait allusion ici à ces malades dont le nombre est légion, qu'il a désignés sous les noms de faux gastropathes, faux entéropathes, faux cardiopathes, faux génitaux, faux médullaires, faux cérébraux, qui présentent des symptômes souvent fort graves, dont l'origine est toute entière psychique et qui, journellement encore, sont traités à l'aide d'une thérapeutique purement et uniquement symptomatique, dont le résultat est de fixer davantage dans leur esprit, l'idée d'une affection localisée à l'organe dont ils se plaignent.

Les médecins qui connaissent et savent pratiquer la psychothérapie sont encore peu nombreux. Il ne faut pas considérer, en effet, comme des procédés psychothérapiques la suggestion directe plus ou moins impérative, à l'état de veille ou par l'intermédiaire de l'hypnose. Ce sont là des méthodes qui ont le grave défaut de n'agir que sur le subconscient, sur l'automatisme cérébral et qui ne s'adressent pas aux facultés supérieures de l'individu

Pour quelques auteurs, en particulier pour Dubois (de Berne), la psychothérapie doit être « *rationnelle* », c'est-à-dire basée uniquement sur le raisonnement, sur la dialectique. Déjerine a toujours été d'un avis opposé et il s'est expliqué déjà maintes fois à cet égard. Si le raisonnement, si la dialectique suffisaient pour « changer un état d'âme » les névropathes trouveraient dans les œuvres des moralistes, des philosophes, des directeurs de conscience, tous les éléments nécessaires pour se refaire un moral et par suite un physique en bon état; partant ils n'auraient pas besoin d'un psychothérapeute.

Un raisonnement est, par lui-même, indifférent. Il ne devient facteur d'énergie, créateur d'efforts, qu'autant qu'un élément émotif se superpose à lui et que la personnalité du sujet dont on cherche à modifier la mentalité, se trouve atteinte et touchée par lui. C'est, selon Déjerine, une erreur que de considérer comme des actes psychologiques de même nature, et le jugement, phénomène primitif, et l'impression ou le sentiment qui le suivent. Cette impression, ce sentiment, ne sont que le résultat de l'adaptation plus ou moins facile de notre personnalité au jugement en cause et, quoique secondaires, n'en sont pas moins seuls susceptibles de provoquer des réactions.

Cet ouvrage est consacré à l'étude des psychonévroses et de leur traitement. On y trouvera exposée la conception que quelque trente années de contact permanent avec les névropathes, ont permis à Déjerine de se faire. A fréquenter ces malades, à voir la façon dont ils étaient traités, il lui a paru que nombre de médecins avaient encore, sur la nature des psychonévroses, des données, non seulement incomplètes et inexactes, mais encore thérapeutiquement dangereuses. Non pas que ce soit, chez eux, phénomène d'ignorance, mais bien plutôt parce que, instruits dans une doctrine et dans une méthode, excellentes par ailleurs, ils en ont étendu les applications jusque dans un domaine où, comme dans les psychonévroses, elles n'avaient rien à voir.

Tout l'essor de la médecine moderne résulte, en effet, directement des progrès de l'anatomie pathologique et des travaux de laboratoire. Ils ont permis de prendre une notion plus précise de la mécanique humaine et des troubles divers qui pouvaient l'atteindre. Mais on a trop oublié que les modifications de l'énergie physique n'étaient pas les seules que les médecins dussent enregistrer.

Tous les médecins sont rebelles à la conception d'une dissociation qui isolerait un organisme physique d'une part, un organisme psychique et moral d'autre part. Mais, par éducation et instinctivement, la plupart d'entre eux ont tendance à établir la subordination des troubles de la vie psychique à ceux de la vie physique et à rechercher toujours une altération somatique initiale. Ils se refusent, du même coup, à concevoir l'existence des troubles qui ont pour origine une modification psychique ou morale antécédente. Or, il existe un groupement nosologique particulier et fort important, dont la symptomatologie est toute entière réalisée par une modification *primitive* de l'état moral ou mental et par toute une série de manifestations *secondaires*. Les affections qui rentrent dans ce cadre portent le nom de *psychonévroses*.

Ce livre n'est que le développement de cette manière de voir. Il comprend trois parties.

La première, *analytique*, est consacrée à l'étude des manifestations fonctionnelles, c'est-à-dire à l'étude de tous les symptômes observés au cours des psychonévroses et dont les auteurs chercheront à faire apparaitre la nature précise.

Dans la deuxième, *synthétique*, ils s'efforcent de faire saisir le mécanisme général de la production des psychonévroses et de leurs accidents et leur nature.

La troisième, *thérapeutique*, est constituée par l'exposition des procédés psychothérapiques et adjuvants qui paraissent seuls devoir être mis en jeu, dans le traitement des psychonévroses.

TRAVAUX ORIGINAUX

Accès de migraine simple
Paralysie du sphincter de l'iris et du muscle ciliaire

par le Dr Bouchaud (Lille)

On décrit plusieurs variétés de migraines: une migraine simple et des migraines compliquées, soit de troubles visuels (migraine ophtalmique), soit d'hémiplégie, d'aphasie, soit de troubles mentaux.

La migraine ophtalmique est une des plus rares et des plus intéressantes. Elle a été étudiée pour la première fois par Mœbius en 1884, qui appela l'attention sur l'association de deux symptômes importants, les douleurs migraineuses et la paralysie, et sur leur périodicité.

A la suite du travail de Mœbius, plusieurs observations furent publiées sur le même sujet, la plupart avec le titre de paralysie oculaire périodique ou récidivante dans lesquelles la paralysie était considérée comme l'élément principal et la douleur comme symptôme secondaire, due aux lésions productrices de la paralysie.

Charcot, dans une leçon, parue dans le *Progrès médical*, en 1890, fait remarquer que la paralysie doit passer au second plan et doit être subordonnée à la céphalée, dont les caractères sont ceux d'une migraine simple. Il arrive à cette conclusion que la migraine ophtalmique ne constitue pas une entité morbide, mais un syndrome, c'est-à-dire un ensemble symptomatique caractérisé paé une hémicranie avec accompagnement nécessaire d'une paralysie des nerfs oculo-moteurs communs.

Les idées de Charcot ont été soutenues en particuliers par Ballet (1), d'Alché (2), Leclezio (3) et elles sont généralement acceptées en France.

Nous venons d'observer un cas de migraine qui présente les caractères indiqués par Charcot, qui, après s'être manifesté pendant plusieurs années sous la forme d'une migraine simple, elle s'est compliquée d'une paralysie du sphincter de l'iris et du muscle ciliaire; bien que les symptômes soient un peu différent de ceux que l'on observe habituellement, nous croyons néanmoins que notre malade est atteinte d'une véritable migraine ophtalmoplégique.

---

(1) Ballet. — Migraine ophtalmoplegique. Leçon. *Progrès Médical*. 1896.
(2) d'Alché. — Migraine ophtalmoplegique. Thèse de Paris. 1896.
(3) Leclezio. — Migraine ophtalmoplegique. Thèse de Bordeaux. 1905.

Carp..., Joséphine, âgée de 37 ans, vient à la consultation le 1er juin 1909. Elle se plaint d'éprouver des douleurs dans les deux membres du côté droit et de voir trouble de l'œil du même côté.

Elle nous donne les renseignements suivants sur ses antécédents et ceux de sa famille.

Sa mère vit encore, elle a 69 ans et jouit d'une excellente santé. Son père était âgé de 64 ans quand il mourut, à la suite de violents chagrins. Il était bien constitué et n'avait eu que quelques douleurs dans son enfance. Très impressionnable, il pleurait quand il lisait le journal, s'il y trouvait une histoire émouvante.

Elle a une sœur, qui se porte bien et n'a eu qu'un frère qui mourut à 28 ans d'une maladie de poitrine.

Une sœur de son père fut internée à la suite d'une tentative de suicide; son affection, qui fut de courte durée, guérit complètement.

Elle n'a jamais fait de maladie grave, elle n'a eu que quelques indispositions légères dans son enfance, peut-être la rougeole. Mariée à l'âge de 24 ans, elle n'a jamais eu d'enfant et n'a pas fait de fausses-couches. Dans les premiers temps de son mariage, elle eut beaucoup à souffrir, elle pleurait souvent par suite de nombreuses contrariétés qu'elle avait à supporter de la part de son mari qui était vif et emporté, et dont la conduite laissait à désirer. Il s'ensuivit de grands maux de tête et un grand affaiblissement physique et moral. Son mari étant devenu plus doux, depuis quelque temps, elle n'éprouve plus les mêmes tourments et son état s'est amélioré.

Elle a toutes les apparences d'une bonne santé. Néanmoins, elle souffre de l'estomac, les digestions sont devenues difficiles depuis l'époque où elle n'avait pas toujours de quoi satisfaire son appétit. Certains aliments, certaines boissons sont mal supportés. Le vin rouge, en particulier, lui est nuisible; elle digère mal quand elle en prend, aussi s'est-elle résignée à ne boire que du thé aux repas.

Les douleurs qu'elle éprouve au membre supérieur sont récentes, elles siègent au niveau du pli du coude et à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Dans cette dernière région, on trouve à la palpation une petite nodosité, du volume d'un petit pois, qui glisse sous le doigt quand on la comprime et quand s'exerce la flexion de l'index. Ce mouvement s'accompagne ordinairement d'un léger craquement. Souvent, le doigt se tient immobile à demi-fléchi et la malade éprouve alors de la difficulté à le mouvoir, elle doit intervenir en faisant un grand effort ou en se servant de l'autre main. La douleur en ce point est légère mais continue; elle augmente surtout après un travail de quelque durée.

Au pli du coude, les douleurs n'existent que par moments, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression ou de mouvements du coude.

Au membre inférieur, on trouve également une petite nodosité à la face plantaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil. Elle est mobile à la pression mais plus difficile à délimiter que celle de la main. La douleur, qui s'y fait sentir, est très ancienne, elle date de l'enfance et, par moments, elle est très vive; elle est provoquée par la pression, par la marche sur un sol inégal, raboteux, ou encore, par une chaussure régide.

La malade appelle encore notre attention sur d'autres douleurs non moins intéressantes et sur une paralysie qui s'en est suivie.

Il s'agit d'accès de migraine qui se sont déclarés, sans cause apparente, vers l'âge de 30 ans et qui ont persisté jusque dans ces derniers temps. Ils étaient caractérisés par une douleur qui occupait presque tout un côté de la tête et qui s'accompagnait de vomissements répétés.

La douleur apparaissait tantôt le matin, tantôt dans le milieu de la journée. Peu intense au début, elle atteignait rapidement une grande intensité. Elle avait son siège dans le globe oculaire, le sourcil et elle s'étendait au front, à la tempe et jusqu'au sommet de la tête; elle n'était pas lancinante et localisée sur le trajet des nerfs de la sensibilité, mais contusive, très pénible, continue et exacerbante. Pour la calmer, la malade comprimait fortement son œil et cette pression diminuait un peu les souffrances. L'œil n'était ni rouge ni larmoyant; la vue n'était pas troublée par des phénomènes lumineux et la lumière était bien supportée.

Elle s'accompagnait de nausées et de vomissements, qui se composaient de ce que contenait l'estomac, soit de mucosités si l'estomac était vide, soit d'aliments si l'accès survenait peu de temps après le repas, et, quelquefois, de bile jaune ou verte, mais seulement lorsque l'accès était sur le point de se terminer, la guérison était alors imminente.

Pendant tout le temps de l'accès, la malade ne prenait aucun aliment et aucune boisson, pas même un peu de thé.

Les souffrances étaient telles qu'elle était obligée de se coucher, même le jour, et la nuit elle ne pouvait dormir, elle s'assoupissait seulement un peu, accablée par la fatigue.

La durée des accès était en moyenne de deux jours, la nuit comprise.

La terminaison était brusque et le rétablissement de la santé était complet. La malade n'éprouvait plus ni douleurs, ni nausées, l'appétit était revenu normal.

Les accès ont débuté par le côté gauche et y sont restés localisés pendant cinq ans. Depuis deux ans, ils se sont montrés à droite, une fois seulement, l'an dernier, ils se sont reproduits à gauche. A droite comme à gauche, ils se sont toujours présentés avec les mêmes caractères.

Ils étaient très fréquents, ils revenaient assez régulièrement toutes les semaines. Comme le vin pris aux repas paraissait agir sur leurs apparition, elle a cessé d'en boire, il y a un an environ, et ils sont devenus moins fréquents et moins intenses.

Depuis quatre semaines, la migraine a cessé de se manifester, mais dans la semaine qui a suivi le dernier accès, au moment où elle s'attendait à voir la douleur se produire, la malade s'est aperçue, en voulant coudre, qu'elle ne voyait plus de l'œil droit comme auparavant.

Depuis cette époque, elle n'a plus eu la moindre souffrance.

En examinant les yeux, nous constatons qu'il existe une inégalité pupillaire très marquée. A gauche, l'œil nous apparaît absolument normal, la pupille réagit bien à la lumière et à l'accommodation, et la vision ne présente pas le moindre trouble. A droite, la pupille est notablement dilatée et elle est toujours immobile, elle ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation, ni lorsqu'une lumière vive éclaire le fond de l'œil gauche. Il y a ainsi paralysie du sphincter de l'iris.

Il existe en outre un trouble de la vision. La malade voit distinctement les objets éloignés, mais d'une façon confuse ceux qui sont rapprochés. Si on place devant l'œil une lentille bi-convexe ou des lunettes pour hypermétrope, elle voit aussi bien de près avec l'œil droit qu'avec l'œil gauche. Le muscle ciliaire est donc paralysé.

En somme, notre malade a perdu le pouvoir d'accommodation.

Elle nous fait encore remarquer, ce qui concorde avec les troubles visuels précédents, que si elle regarde des objets rapprochés, successivement avec l'œil droit, puis avec l'œil gauche, ils lui paraissent plus petits dans le premier cas que dans le second.

On ne découvre aucun autre signe de paralysie, ni chute de la paupière supérieure, ni strabisme, ni diplopie, quelle que soit la direction du regard.

Parmi les douleurs, dont se plaignait la malade, lorsqu'elle est venue à la consultation, celles qui avaient leur siège au pli du bras se sont dissipées en un cours espace de temps; elles étaient vagues, léfières et trop peu importantes pourqu'il ait lieu d'insister.

Celles de la paume de la main et de la plante des pieds, qui sont occasionnées par des lésions déjà anciennes, paraissent devoir être beaucoup plus tenaces; elles méritent de fixer un instant l'attention.

A la main, la douleur se fait sentir à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, au niveau d'une nodosité qui siège sur les tendons des fléchisseurs. Le doigt, dont les mouvements sont gênés par cette nodosité, est souvent maintenu immobile, à demi fléchi; il faut alors l'intervention de l'autre main pour faire cesser l'arrêt et à ce moment un léger craquement se fait entendre. Tous ces symptômes caractérisent l'affection, que l'on désigne sous le nom de doigt à ressort, dont la guérison n'est possible que lorsque les accidents ne sont pas très anciens.

Les souffrances, que la malade éprouve à la région plantaire, datent de l'enfance et elles sont plus vives que celles de la main. Elles dépendent d'une nodosité que l'on sent à la palpation et dont les caractères sont moins nets de ceux de la nodosité palmaire. Comme les mouvements de l'orteil ne sont pas gênés et qu'il existe des douleurs spontanées, il s'agit vraisemblablement d'un névrome.

La céphalalgie, dont la malade souffre depuis 7 ans, présente tous les caractères de la migraine ordinaire. La douleur siège seulement dans le globe oculaire, mais encore au front, à la tempe et dans tout le côté du crâne. Très pénible, continue et exacerbante, elle persiste la nuit, empêchant le sommeil, et elle s'accompagne de nausées et vomissements. Elle apparaît sous forme d'accès, dont la durée est en moyenne de deux jours, qui reviennent assez régulièrement toutes les semaines et qui se terminent brusquement, de sorte que le retour à la santé est presque instantané et complet.

A la suite de l'un de ces accès, ont apparu des troubles oculaires du côté droit. La pupille est dilatée et ne se contracte ni sous l'influence de la lumière ni dans les efforts d'accommodation, le sphincter de l'iris est paralysé. En outre, la malade, qui voit très bien les objets éloignés ne distingue plus nettement ceux qui sont rapprochés, ceux-ci lui paraissent même plus petits que lorsqu'elle les regarde avec l'œil gauche; ces phénomènes indiquent une paralysie du muscle ciliaire, puisque la convexité du critallin est invariable.

La migraine, qui était simple, s'est ainsi transformé en une migraine ophtalmoplégique.

Cette variété de migraine est caractérisée par les symptômes suivants. Elle débute dans l'enfance ou l'adolescence et son évolution comprend deux phases. La première se compose d'accès douloureux et de vomissements, et d'une paralysie qui est périodique comme les douleurs auxquelles elle succède; la seconde phase n'est plus constituée par des accès séparés, la douleur et la paralysie tendent à devenir permanents et à présenter des axacerbations.

La paralysie, qui survient lorsque les accès douloureux commencent à s'atténuer, intéresse tous les muscles animés par l'un des nerfs de la troisième paire, de sorte que, avec une dilatation de la pupille et une perte de l'accomodation, on constate une chute de la paupière supérieure, du strabisme et de la diplopie; parfois, néanmoins, au lieu d'une paralysie complète, il existe de la parésie et les diverses branches du nerf sont inégalement touchés.

Chez notre malade, la migraine est apparue non dans l'enfance ni l'adolescence, mais à l'âge de 30 ans, et la paralysie, qui est complète n'est pas totale; elle n'intéresse pas les muscles extrinsèques de l'œil et elle n'est pas périodique, depuis son apparition, elle persiste sans se modifier.

Il existe ainsi de notables différences entre la migraine compliquée de paralysie dont notre malade est atteinte, et la migraine ophtalmoplégique ordinaire. Dans cette dernière cependant la paralysie n'est pas toujours totale, toutes les branches de la troisième paire ne sont pas intéressées au même degré. Dans beaucoup d'observations, dit Leclezio, la paralysie ne rétrocède pas également pour tous les muscles, ils reprennent leurs fonctions progressivement et chacun à son tour, et souvent il y a plusieurs jours que les muscles droits ont recouvré leur puissance, alors qu'il existe encore de la mydriase et une parésie de l'accomodation.

Il est même possible que la paralysie de la pupille et de l'acco? modation fasse défaut. Dans une observation publiée par Chaber (*Prog. Méd.*, 1895), il est question d'un malade atteint de migraine et de paralysie des muscles oculaires, mais l'acuité visuelle est normale et les pupilles égales et d'ouverture moyenne, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Troemmer a vu, chez une femme âgée de 38 ans, et migraineuse, s'installer une ophtalmoplégie interne avec omblyopie et dilatation de la pupille de l'œil droit (1). Comme dans cette observation, une ophtalmoplégie interne s'est produite chez notre malade à la suite d'accès de migraine.

Considérant que la migraine s'accompagne souvent de troubles nerveux et sensitifs, de névroses diverses, certains auteurs placent la migraine ophtalmoplégique au nombre des variétés de cette affection ; notre cas nous paraît entrer dans cet ordre de faits, c'est une forme de transition.

On a émis plusieurs hypothèses relativement au siège des lésions dont relève la migraine ophtalmoplétique ; suivant quelques neurologistes elles seraient périphériques, basales, elles n'intéresseraient que le nerf de la troisième paire. On comprend qu'une pareille lésion doit occasionner une ophtalmoplégie externe et interne et que la douleur puisse résulter en même temps d'une irritation des méninges.

Suivant d'autres auteurs, les lésions seraient centrales, elles intéresseraient les différents noyaux de la troisième paire. L'existence de lésions affectent exclusivement tous les noyaux de la troisième paire d'un seul côté paraît difficile à admettre. L'hypothèse suivante semble cependant assez satisfaisante. On s'accorde en général à attribuer les phénomènes douloureux de la migraine à une excitation du trijumeau et les troubles vaso-moteurs, soit à une irritation, soit à une paralysie du grand sympathique. On peut donc supposer avec Charcot que la cause des accidents paralytiques est une ischémie par spasme vasculaire dans la région des noyaux. Il y a lieu de penser que les lésions purement dynomiques, fonctionnelles, comme on dit, puissent par la répétition fréquente des actes devenir l'occasion de la manifestation des lésions organiques. C'est ainsi que les artérioles mises en cause devront, à la suite de ces spasmes prolongés et fréquents, qu'elles subissent dans les accès de migraine, devenir le siège des altérations de l'endoartérite et donner lieu, par suite, à un vice de canalisation plus ou moins prononcée. En conséquence, la vitalité des éléments nerveux, que les artérioles nourrissent, peuvent se montrer plus ou moins sérieusement et parfois définitivement compromise.

Cette manière de voir paraît s'appliquer au cas actuel. Elle explique les accès de migraine et elle permet de comprendre que les lésions aient pu n'intéresser que quelques uns des noyaux de la troisième paire. Tandis que avec l'hypothèse d'une lésion totale de la troisième paire, on ne se rend pas compte de la paralysie qui con-

---

(1) TROEMMER. — *Centr. f. Nervenh. und. posch.* 1899, *Revue Neurologique* 1900.

siste uniquement en une ophtalmoplégie interne ni des accès de migraine, qui diffèrent des douleurs que provoque une irritation des méninges.

La migraine ophtalmoplégique étant une affection qui a une tendance à s'atténuer et à passer à l'état chronique, mais paraît peu susceptible de guérir complètement, nous ne pouvons guère espérer qu'une amélioration. Dans ce but, nous croyons devoir prescrire l'emploi de l'électricité et de quelques médicaments, tels que l'iodure de potassium.

Il est néanmoins un moyen qui nous paraît susceptible de pouvoir rendre de réels services.

Le pouvoir d'accomodation étant aboli à droite, la malade n'est plus en état de voir distinctement les objets rapprochés et de petites dimensions, elle se trouve ainsi incapable d'exercer sa profession de couturière. Pour atténuer ces troubles de la vue, nous avons conseillé le port de lunettes ayant des verres différents, un verre simple pour l'œil gauche, dont le pouvoir d'accommodation est normal, et pour l'œil droit, dans le but de suppléer au défaut d'accommodation, un verre convexe, dont la convexité doit varier avec le besoin de la profession, c'est-à-dire avec les dimentions des objets qu'elle est obligée de voir de près.

Notre conseil a été suivi et la malade a pu reprendre ses travaux de couture.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 1er décembre. — Présidence de M. Souques.

L'analyse du reflexe rotulien

M. PIÉRON. — Au moyen d'un dispositif réflexométrique, j'ai tenté, chez un certain nombre de sujets, l'analyse du réflexe rotulien chez l'homme, en employant des intensités connues d'excitation et en mesurant les temps de latence des contractions et relâchements musculaires, ainsi que du déplacement de la jambe, l'extension et la durée, d'où par conséquent la vitesse de ce déplacement, enfin en enregistrant les contractions des principaux muscles intéressés.

Cette analyse montre la complexité des facteurs dont dépendent les trois principaux caractères du réflexe : la brusquerie, la vivacité et l'exagération.

Un réflexe paraît *brusque* quand le temps de latence de l'extension de la jambe est très court ; il paraît *vif* quand la vitesse de l'extension est rapide ; il paraît *exagéré* quand l'extension prend une grande amplitude.

Le temps de latence dépend essentiellement du tonus des fléchisseurs et est d'autant plus court que ce tonus est plus faible ; un subit relâchement a également pour effet de raccourcir ce temps ; mais la contraction du quadriceps joue aussi un rôle suivant que la période d'ascension se fait lentement ou vite, et, naturellement, suivant la latence de cette contraction.

La vitesse dépend surtout de cette rapidité de contraction des extenseurs, et aussi du relâchement des fléchisseurs antagonistes.

L'amplitude de l'extension dépend d'un bien plus grand nombre de facteurs : 1° de la vitesse, c'est-à-dire de la rapidité de contraction des extenseurs et du relâchement des fléchisseurs;

2° De l'intensité absolue de la contraction du quadriceps;

3° De la force de ce muscle comparée au poids de la jambe;

4° Du temps de latence de la contraction antagoniste d'opposition des fléchisseurs;

5° De la rapidité et de l'intensité de cette contraction.

Enfin il est une donnée qu'il paraît intéressant d'ajouter, c'est celle du seuil, c'est-à-dire de la plus petite intensité d'excitation susceptible de provoquer le déplacement de la jambe. Le seuil dépend de l'intensité de la contraction des extenseurs, de la force de ces muscles par rapport au poids de la jambe, et enfin du tonus des fléchisseurs.

En réalité, la donnée la plus simple et la seule en rapport avec l'excitabilité des centres réflexes, est fournie par le seuil de contraction du quadriceps, c'est-à-dire par la plus petite valeur d'excitation susceptible de provoquer une contraction. Mais, chez un sujet dont le cerveau est en connexion avec la moelle, il y a une variabilité constante de l'excitabilité réflexe, variabilité qui, d'après mes expériences, revêt un caractère périodique, comme Fano l'a déjà signalé (chez la tortue).

L'enregistrement myographique permet de constater que l'accroissement du réflexe provoqué par des contractions volontaires des membres supérieurs (traction des mains par exemple) n'est pas dû à une diminution du tonus des antagonistes, qui se trouve au contraire augmenté, mais par une hyperexcitabilité : les mêmes intensités d'excitation provoquent des réactions plus intenses, et la valeur du seuil est abaissée (de 500 grammes à 425 grammes dans un cas, par exemple). L'effet du calcul mental est exactement inverse. Le seuil est d'environ 100 à 500 grammes chez les normaux : les extrêmes que j'ai pu constater chez une soixantaine de sujets divers, ont été 150 et 675 grammes.

Poliomyélite antérieure
avec signes d'atteinte légère des faisceaux pyramidaux

MM. H. CLAUDE et VELTER. — Voici un malade qui a été atteint d'une poliomyélite antérieure aiguë, à début brusque, la période de paralysie ayant été précédée d'une période douloureuse très caractéristique. Il ne semble pas douteux que chez lui le processus morbide ne s'est pas localisé aux cornes antérieures de la moelle, mais qu'il a fusé vers les cordons latéraux en intéressant les faisceaux pyramidaux, comme le montrent les signes légers mais non douteux de spasticité des membres inférieurs. Nous avons eu l'occasion recemment d'observer un cas analogue chez une jeune malade atteinte de paralysie infantile typique.

Chez cette enfant, qui présente une grosse amyotrophie des membres inférieurs avec déformation caractéristique, les réflexes rotuliens sont abolis, par contre, les réflexes achilléens sont notablement exagérés et il existe un signe de Babinski bilatéral.

Ces cas sont, croyons-nous, intéressants, car ils montrent que dans les cas de poliomyélite antérieure les plus typiques, d'autres parties de la moelle voisine des cornes antérieures peuvent être intéressées. Nous n'avons pas remarqué chez ces malades de faits particuliers permettant de supposer une contagion ou une épidémicité quelconque; toutefois, pour ce qui concerne le premier malade, nous avons appris par le docteur Milanoff, qui l'a soigné en Bourgogne au début de sa maladie, que c'était le troisième cas de poliomyélite observé en dix-huit mois dans un rayon de 12 kilomètres. Il ne saurait cependant être question ici d'épidémie.

———

Syringomyélie cervicale. Inversion du réflexe du Radius

MM. H. CLAUDE et VELTER. — Le malade que nous présentons est atteint de syringomyélie cervicale; on trouve chez lui avec une grande netteté le phénomène de l'inversion du réflexe du radius, tout récemment signalé et décrit par M. Babinski.

Ce cas rentre dans la catégorie des faits sur lesquels M. Babinski s'est appuyé pour indiquer la valeur séméiologique de l'inversion du réflexe du radius. Chez notre malade, nous avons affaire à une syringomyélie cervicale ayant jusqu'à présent touché surtout la moitié droite de la moelle. L'état des réactions électriques, les troubles de la sensibilité cutanée, permettent de localiser la lésion entre les IVe et VIIe segments cervicaux, il ne paraît pas douteux que le Ve segment en particulier est atteint par ce foyer. Puisqu'il s'agit dans ce cas d'une syringomyélie, la localisation ne saurait être aussi exactement déterminée que lorsqu'il s'agit d'une tumeur, mais le fait nous paraît cependant intéressant à retenir.

M. THOMAS a constaté ce phénomène chez une malade atteinte de myopathie facio-scapulo-humérale.

La contraction des fléchisseur des doigts était très nette après percussion de l'apaphyse styloïde du radius, tandis que la contraction du long supinateur était douteuse. D'ailleurs le long supinateur était extrêmement atrophié.

M. BABINSKI trouve dans ce cas la vérification anatomique de son idée.

Arthropathie lombo-sacrée

M. DUFOUR. — Il s'agit d'une arthropathie tabétique lombo-sacrée, avec subluxation réductible et indolente absolue de l'article, avec douleurs secondaires par compression des nerfs de la queue de cheval.

Nous avons conseillé comme traitement, au malade, le port d'un corset orthopédique, qui prendra point d'appui sur les crêtes iliaques, et viendra, au moyen de deux béquillons placés sous les épaules, soutenir le tronc en supprimant le travail statique normalement dévolu à la colonne vertébrale.

Les cures successives d'alcoolisation locale dans la névralgie faciale

M. SICARD. — On sait que l'alcoolisation locale est le meilleur traitement à opposer à la névralgie faciale *rebelle*, du type « essentiel ».

Consécutivement à la cure neurolytique, les accalmies complètes durent environ de 12 à 18 mois. La récidive se produit, en effet, fatalement. Mais elle est justiciable de la même intervention. Un fait thérapeutique important est que la guérison après la troisième ou quatrième année de traitement se maintient plus longue, et nous avons pu suivre, depuis sept ans, un certain nombre de sujets qui, après avoir été traités à trois ou quatre reprises différentes et à dix ou douze mois d'intervalle, ne présentent plus de douleurs depuis 2 ans 1/2 à 3 ans. Il semble que la repousse cylindraxile, qui entraîne avec elle la réapparition des algies, soit beaucoup plus lente à se produire au fur et à mesure de la répétition des injections.

Un autre point de technique opératoire, sur lequel nous avons à maintes reprises insisté, est la nécessité de rétruire, au maximum, le tronc nerveux responsable de l'algie. Il faut que le liquide neurolytique pénètre au sein même des fibres nerveuses et que l'action chimique soit aussi destructrice que possible des éléments nerveux. Il n'existe qu'un seul témoin de cette destruction, c'est l'anesthésie intense et durable de toute la zone tégumentaire ou muqueuse tributaire du nerf injecté. Voici, par exemple, un névralgique facial des nerfs

maxillaire supérieur et inférieur droits, qui vient en l'espace de cinq ans, dans des services hospitaliers différents, de recevoir localement *cent dix* injections d'alcool, sans en avoir retiré d'autre bénéfice qu'une ankylose à peu près totale de l'articulation temporo-maxillaire, et une atrophie des muscles faciaux. Il a suffi d'une injection au niveau du trou ovale, directement poussée dans le tronc du nerf maxillaire inférieur, et d'une seconde, destructrice du nerf maxillaire supérieur, pour calmer immédiatement les souffrances intolérables de ce malade. Vous pouvez constater que l'anesthésie à tous les modes, tactile, thermique et à la piqûre, est encore parfaite au niveau du territoire tributaire des injections, quoique celles-ci aient été faites il y a environ trois mois.

On peut dire qu'en présence d'une névralgie faciale « essentielle » l'alcoolisation locale provoque l'accalmie sédative, à coup sûr, à condition que la neurolyse, sous l'influence du toxique chimique, soit aussi complète que possible, et que l'anesthésie consécutive soit solidement établie. Les sujets qui présentent les accalmies les plus longues sont ceux dont l'anesthésie persiste le plus longtemps, six et huit mois en moyenne.

Chorée de Sydenham organique

M. A. CHARPENTIER. — Cette fillette est atteinte de chorée de Sydenham, dans la genèse de laquelle l'infection éberthienne paraît prépondérante et qui s'accompagne de signes objectifs décelant une perturbation organique des centres nerveux pouvant contribuer à l'étude d'une maladie qu'il faut évidemment retirer du cadre où l'on place l'hystérie.

Nævi à topographie radiculaire

MM. ARMAND-DELILLE et LAGANE. — Cet enfant présente des placards de nœvi disposés sur le côté droit du corps suivant une topographie radiculaire tout à fait caractéristique.

En effet, si l'on s'en rapporte aux chémas de Kocher et de Seiffert, on voit qu'ils occupent, au niveau du cou, le territoire de C^3 et de C^4, puisqu'il existe sur la face antérieure du bras une étroite bande à l'union des territoires de C^6 et C^7 qui paraît être une « localisation selon la ligne frontière de Voigt ». Une troisième zone de nœvi correspond nettement au territoire thoracique et brachial de D^2 et D^3. Une quatrième zone à la base du thorax en arrière correspond à la distribution de D^{10}, enfin deux autres zones, sont : l'une abdominale, sur le territoire de L^1 et L^2, et l'autre, à la partie supérieure de la cuisse qui avoisine le scrotum, correspond au territoire de S^3.

Il s'agit là, comme dans tous les cas de nœvi, d'une affectation congénitale, mais il est intéressant de constater qu'elle présente une topographie rigoureusement radiculaire, ce qui semble mettre en jeu, en remontant à la vie intra-utérine, une cause ganglionnaire ou radiculaire postérieure.

Maux perforants et arthropathie sans tabes

M. BARRÉ. — Nous pouvons ainsi résumer l'histoire de ce malade : *maux perforants multiples et arthropathie à type tabétique;* et la première hypothèse étiologique que nous faisons est naturellement celle du tabes.

Or, ce malade ne présente aucun des signes connus et ordinaires du tabes. En particulier, tous ses réflexes tendineux sont conservés et normaux; la sensibilité, nous l'avons dit, n'est nullement altérée, la motilité est parfaite; pas de signe de Romberg, pas de signe d'Argyl Robertson. Les résultats de la *ponction lombaire* ne sont pas moins négatifs : pas d'augmentation de la quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, pas de lymphocytose : 0.8 lymphocyte par millimètre cube, à la cellule du docteur Nageotte.

La réaction de Wassermann a été franchement positive, même avec le liquide céphalo-rachidien (il est impossible de fixer la date de l'infection syphilitique niée par le malade, qui « ne s'est privé de rien » pendant son séjour au Tonkin et en Afrique).

L'observation de ce malade nous paraît donc très instructive et très importante. On peut affirmer, grâce à elle, qu'il peut exister chez un syphilitique, des maux perforants multiples et une ostéo-arthropathie à type tabétique sans qu'il y ait tabes.

Elle s'ajoute à celles que nous avons déjà apportées à la dernière séance de cette Société et nous paraît être un très bon exemple à l'appui de la thèse que nous soutenons avec notre maître, M. Babinski :

1° Il peut y avoir en dehors du tabes, des ostéo-arthropathies à type tabétique et des maux perforants qui surviennent chez des malades qui sont seulement syphilitiques ;

2° On doit douter qu'il s'agisse là de troubles trophiques d'origine nerveuse.

M. SICARD considère le symptôme isolé de mal perforant comme le premier signe d'un tabes incipiens.

Lésion des tubercules quadrijumeaux

MM. ROSE et MAGITOT. — Voici un jeune homme atteint de cécité totale évoluant progressivement depuis six ans et dont les réflexes pupillaires sont soit perdus, soit presque abolis. Les très légères lésions de choroïdite ancienne ne suffisent pas à expliquer une pareille diminution de la vision. L'absence de modifications de la papille rendent peu probable l'existence antérieure d'une stase, ainsi que l'atteinte des voies optiques au niveau des nerfs et bandelettes optiques ou des corps genouillés externes ; toutes ces lésions se seraient accompagnées à la longue de changements dans l'aspect de la papille. Une cécité par double lésion hémisphérique n'aurait pas abouti aux troubles pupillaires qu'on constate et de plus il est probable qu'à un moment donné on aurait noté une hémianopsie homonyme latérale, puisqu'il s'agit d'un processus lent. Il ne reste donc que la région sous-thalamique : la lésion a pu intéresser simultanément et des deux côtés et les fibres optiques au moment où, quittant le corps genouillé externe, elles se dirigent vers le pulvinar ou dans la région du pulvinar et les fibres pupillaires dans la région des tubercules quadrijumeaux antérieurs, ou en tout cas après qu'elles se sont détachées des fibres optiques. Une atteinte des noyaux pupillaires de la IIIe paire cranienne est improbable. En effet, ceux-ci, après avoir été localisés successivement dans les noyaux d'Edinger-Westphal, de Darkewitsch, de Bechterew, semblent être situés dans la portion ventrale des noyaux de l'oculo-moteur commun ; car, ainsi que l'a montré Tsushida par des coupes sériées chez l'embryon, les noyaux d'Edinger, de Darkewitsch et de Bechterew ne sont pas encore formés au cinquième mois de la vie intra-utérine, époque à laquelle le réflexe pupillaire photo-moteur commence à se manifester, ainsi que cela ressort des travaux cliniques de l'un de nous (Magitot). Or, les noyaux commandant aux mouvements pupillaires étant situés dans la partie ventrale du noyau de la IIIe paire, leur atteinte isolée semble aussi difficile à réaliser que dans le tronc même de l'oculo-moteur commun.

La localisation de la lésion dans la partie tout antérieure de la calotte pédonculaire va très bien avec les phénomènes spasmodiques et cérébelleux légers qu'il présente. Quoiqu'il ne soit pas impossible que ces derniers résultent d'une atteinte directe des pédoncules cérébelleux supérieurs, nous pensons plutôt que les uns et les autres sont l'expression d'une compression et consti-

tuent des phénomènes à distance. En effet, si nous cherchons à préciser la nature de la lésion chez notre malade, nous ne pouvons hésiter qu'entre une méningite chronique et une tumeur. Contre la méningite tant tuberculeuse que syphilitique plaide l'absence de lymphocytose, contre la deuxième en plus le résultat négatif de la réaction de Wassermann. Reste l'hypothèse d'une tumeur: or, une tumeur sarcomateuse ou glieuse durant depuis six ans aurait eu une plus grande tendance à l'extension et aurait, par compression de l'aqueduc de Sylvius produit l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et une stase papillaire avec passage à l'atrophie de la papille optique. Par contre, les tubercules si fréquents dans l'adolescence et au niveau du tronc cérébral, peuvent ne se développer que très lentement, s'arrêter même dans leur évolution et souvent ne s'accompagnent pas de phénomènes d'hypertension marqués, comme cela est le cas chez notre malade.

Nous conclurons donc chez lui, malgré l'absence de tuberculose pulmonaire ou osseuse et la présence d'une otorrhée antérieure seulement de cinq années au début de l'affection, à l'existence d'un tubercule solitaire des tubercules quadrijumeaux antérieurs et des régions latéralement avoisinantes. Des cas analogues ont été d'ailleurs signalés, en particulier par Wechselmann (cité par Guillain dans le traité Bouchard-Brissaud), mais ils sont rarissimes; c'est pourquoi nous avons pensé utile de vous présenter ce malade.

L'hémiplégie homolatérale dans les tumeurs cérébrales

MM. H. CLAUDE, VINCENT et LÉVY. — Chez une femme de 43 ans, présentant une céphalée horrible, de la torpeur, des vomissements, une stase pupillaire énorme et une diminution de l'acuité visuelle, on trouve .

1° Une hémianopsie homonyme *gauche* sans réaction hémiopique de Wernicke, sans modification d'aucune sorte du réflexe lumineux;

2° Une hémiplégie *droite* qui paraît avoir débuté assez longtemps avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle se manifeste par de l'asymétrie faciale (parésie faciale droite), diminution de la force dans le membre supérieur et le membre inférieur, de la contracture, une exagération de tous les réflexes tendineux particulièrement au membre inférieur, le signe de Babinski. Comme on le voit, cette hémiplégie droite, sans être aussi intense que dans certains cas de ramollissement cérébral, est nettement accusée, et c'est avec l'hémianopsie le phénomène qui attire le plus l'attention.

Dans le côté gauche du corps, la motilité volontaire est indemne, les réflexes tendineux sont normaux, de même les réflexes cutanés. Il faut signaler toutefois que le phénomène de Babinski a été trouvé à gauche dans les derniers jours où il nous a été donné d'observer la malade, par forte excitation du bord externe du pied.

On trouve une tumeur du volume d'une mandarine occupant le pôle occipital droit sans atteindre la couche optique ni la capsule interne; la décussation des pyramides est normale. L'hémisphère gauche est fortement comprimé par le droit qui le pénètre comme un coin.

Nous pensons que l'hémisphère droit a comprimé le gauche.

Séance du 8 décembre 1910.

Étude anatomique d'un cas d'hemianesthésie cervicale

MM. ROUSSY et FOIX. — Il s'agit d'un malade du service de notre maître, le professeur Pierre Marie, qui présentait une hémiplégie gauche

légère avec hémianesthésie très prononcée ; celle-ci a persisté jusqu'à la mort du malade, soit durant un an et 4 mois.

L'ictus fut progressif, précédé de sensations paresthésiques ; l'hémiplégie se compléta en quatre jours.

C'était, sauf au début (demi-coma), une hémiplégie légère avec conservation relative de la force musculaire et sans contracture marquée.

L'hémianesthésie superficielle a quelque peu varié pendant la durée de la maladie, elle portait à la fois sur la sensibilité superficielle et profonde. Au début, le tact, la piqûre, la chaleur n'étaient pas perçus sauf excitation très forte ; plus tard, dans les derniers mois, est apparue de l'hypesthésie ; mais les erreurs grossières de localisation, l'impossibilité de reconnaître le chaud du froid ont persisté jusqu'à la mort. Les troubles de la sensibilité profonde étaient très marqués : perte de la sensibilité vibratoire au diapason, de la notion de position et du sens stéréognostique.

Ces troubles sensitifs objectifs s'accompagnaient de douleurs dans le flanc gauche, vives et lancinantes survenant par crises. Il existait en outre une hémianopsie homonyme gauche. Pas trace de mouvements choréo-ataxiques, d'hémitremblement ou d'hémiathetose. Le malade est mort un an et quatre mois après le début des accidents.

L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'un foyer de ramollissement à la fois cortical et sous-cortical, respectant les noyaux gris centraux et plus spécialement la couche optique.

Il détruit la frontale et la pariétale ascendante dans leur moitié inférieure, la IIe pariétale avec le lobule du pli courbe et le gyrus supramarginalis, les deux premières temporales et la partie antéro-externe des deux dernières circonvolutions occipitales.

Il coupe les fibres de projection de la partie supérieure des deux circonvolutions rolandiques, de la IIIe frontale, du cuneus et de la scissure calcarine. Les radiations optiques sont coupées par la lésion sur une assez longue étendue. Sont intéressés partiellement aussi : la capsule externe, le faisceau occipito-frontal et le longitudinal inférieur.

En résumé, deux faits principaux se dégagent de cette observation :

1° Un foyer intéressant surtout les circonvolutions pariétales et occipitales et ne coupant qu'un petit nombre des fibres des circonvolutions frontales a déterminé en clinique une hémiplégie avec de légers troubles moteurs et de gros troubles sensitifs. Ce fait parle en faveur de la localisation distincte des zones sensitives et motrices au niveau de l'écorce cérébrale ;

2° Le fait que les troubles sensitifs dans notre observation étaient sensiblement les mêmes que ceux qu'on observe dans les hémianesthésies thalamiques montrent que les caractères objectifs de la sensibilité à eux seuls sont insuffisants pour le diagnostic des hémianesthésies corticales et centrales. Force est donc de recourir aux signes concomitants : signes d'excitation corticale ou d'aphasie pour les lésions corticales, signes du syndrome thalamique pour les lésions de la couche optique.

Lorsque, comme ici, il s'agit d'une lésion du cerveau droit, étant donné l'absence habituelle d'aphasie, le diagnostic avec la forme de syndrome thalamique mixte, décrite par l'un de nous, est particulièrement difficile.

Myasthénie grave d'Erb Godflam

MM. ROUSSY et ROSSI. — Il s'agit d'une fillette de 10 ans, chez laquelle l'affection a évolué, en l'espace de douze mois, d'une façon rapidement progressive et qui est morte de bronchopneumonie.

Cette malade présentait l'ensemble caractéristique des signes de la maladie :

faiblesse de la contraction musculaire, grande fatigabilité, réaction électrique dite myasthénique; le tout ayant débuté par les muscles de la face et du cou, la langue et le pharynx et ayant envahi le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. L'autopsie a révélé la persistance du thymus (5 grammes) et des lésions de bronchopneumonie macroscopiquement appréciables au niveau du poumon droit.

L'étude histologique a porté sur :

1° *Les muscles striés*, dont un grand nombre ont été examinés, ainsi que la langue. L'examen a révélé la présence de nombreux infiltrats interfasciculaires formés de cellules à type lympho-conjonctif, disposées irrégulièrement dans les muscles.

2° *Les centres nerveux* (cerveau, pédoncule, protubérance, bulbe et moelle), *et les nerfs périphériques*, dans lesquels les différentes méthodes de coloration n'ont révélé aucune lésion nettement appréciable, à part la présence d'une épendymite très nette au niveau de l'aqueduc de Sylvius et du canal central de la moelle.

3° *Les différents viscères* dont il n'y a lieu de retenir ici que l'état d'un thymus plutôt en réaction et d'un corps thyroïde en réaction folliculaire et inflammatoire. Rien à noter pour les autres glandes vasculaires sanguines.

Il y a lieu d'insister particulièrement sur les lésions musculaires qui depuis la publication de Weigert Laquer (1901) ont été retrouvées dans plus de 65 % des cas et semblent actuellement constituer la lésion anatomique la plus fréquemment observée dans la myasthénie grave. L'état du thymus, du corps thyroïde et peut-être aussi de l'épendyme ne paraissent être que des phénomènes contingents. Quoique la nature même des amas cellulaires ne puisse être encore définie, on peut dire aujourd'hui qu'anatomiquement la myasthénie grave d'Erb Goldflam appartient bien plus au groupe des affections myopathiques que névropathiques.

Hyperplasie de l'hypophyse dans la sclérose en plaques

M. LHERMITTE. — Dans deux cas de sclérose en plaques typiques au point de vue clinique et anatomique, nous avons constaté une hypertrophie manifeste de l'hypophyse, laquelle pesait 0 gr. 80, dans un cas, et un gramme dans l'autre. Au point de vue histologique, il s'agissait d'une hyperplasie intense des cellules glandulaires portant sur des éléments chromophiles, cyanophiles et éosinophiles.

Il est difficile de préciser les phénomènes cliniques que cette hyperhypophysie a pu déterminer et de quelle manière l'hyperfonctionnement de la glande pituitaire intervient dans la genèse des perturbations que l'on constate dans la sclérose en plaques.

Cependant nous ferons remarquer qu'une de nos malades présenta de nombreuses crises de narcolepsie survenant à toute heure du jour, même pendant les repas; or, l'on sait que le sommeil paroxystique se manifeste avec une fréquence toute particulière dans les cas d'hyperplasie de l'hypophyse, à tel point que de nombreux auteurs ont soutenu que l'hyperfonctionnement de cette glande était la condition essentielle de la production des crises de narcolepsie.

Coloration des fibres nerveuses par l'hématoxiline au fer après fixation au formol et inclusion à la celloïdine

M[lle] SOYEZ. — J'ai été amenée à rechercher s'il était possible d'appliquer aux coupes à la celloïdine les méthodes indiquées par M. Nageotte. Or, j'ai pu me convaincre que la simple fixation au formol à 10 % suffit pour insolubiliser la myéline et permettre l'inclusion. Mais, tandis que la méthode à l'hématéine alunée ne m'a donné que des résultats médiocres au point de vue de la

coloration (je n'ai pu réussir à obtenir une bonne différenciation) ; au contraire, par l'hématoxyline de fer, j'ai obtenu des préparations tout à fait comparables à celles que donne le Weigert-Pal.

Méningo épendymite tuberculeuse, séreuse

MM. DELAMARRE et CAIN. — Nous présentons les photographies en couleurs des lésions microscopiques d'un cas de méningo-épendymite tuberculeuse séreuse du nouveau-né, dont l'étude détaillée paraîtra ultérieurement.

Le maximum des lésions se rencontre au niveau des recessus latéraux du IV[e] ventricule où l'on remarque des épaisissements déjà visibles à l'œil nu. Au microscope, l'on note, à ce niveau : 1° une diapédèse leucocytaire transépithéliale qui prouve la participation de l'épendyme lui-même à l'inflammation ; 2° une infiltration leucocytaire marquée autour des formations glanduliformes sous-épithéliales et dans les gaines périvasculaires.

Au niveau du recessus inférieur du IV[e] ventricule, existe un véritable tuberculome formé par la réunion de cinq à six follicules atypiques. Une bride réunit les deux parois opposées du recessus et isole un cul-de-sac épendymaire qui ressemble à ceux des formations glandulaires.

On retrouve dans les plexus choroïdes une tuberculose atypique pseudo-folliculaire et diffuse. Au voisinage de l'un de ces plexus, l'épendyme présente une saillie névroglique villeuse comme une crête de coq et traversée par de nombreux tubes épithéliaux en doigt de gant, qui proviennent du revêtement épithélial.

Enfin, le canal épendymaire de la moelle cervicale est très dilaté et contient un abondant exsudat fibrino-leucocytique qui contraste avec l'intégrité de son épithélium. Ces lésions donnent, croyons-nous, à penser que certaines hydromyélies sont consécutives à l'inflammation et à l'infection de l'épendyme cérébral.

Les lésions de la poliomyélite épidémique

M. et M[me] TINEL. — Nous avons trouvé, à côté des lésions banales de légère irritation méningée, de congestion vasculaire, de prolifération des gaines périvasculaires et d'infiltration interstitielle, des lésions très spéciales des cellules nerveuses. Celles-ci sont altérées, non seulement là où se rencontre le maximum des lésions inflammatoires, mais dans presque toute l'étendue de la moelle, alors même que les lésions banales d'inflammation sont très discrètes. Il est des groupes de cellules nerveuses, certaines cellules isolées même, qui, çà et là, paraissent indemnes ; mais la répartition des cellules altérées ou saines ne correspond à aucune topographie vasculaire et ne semble sous la dépendance d'aucune lésion des vaisseaux.

L'absence de lésions et de topographie vasculaires, la généralisation et la précocité des altération nerveuses nous ont donné à penser que celles-ci constituent la lésion initiale et essentielle de la poliomyélite épidémique. Les autres lésions vasculaires, interstitielles ou méningées ne seraient que des lésions inflammatoires banales, secondaires à la fixation sur les cellules nerveuses du virus de la poliomyélite.

Poliomyélite antérieure aigue

MM. PRÉVOST et MARTIN. — Les coupes de moelle du cas de poliomyélite antérieure subaiguë, que nous avons l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'une femme âgée de 30 ans, entrée dans le service pour

des symptômes paraplégiques et qui a succombé sept semaines après le début des accidents.

Ces coupes sont intéressantes par l'étendue des lésions qui occupent presque toute la hauteur de la moelle, leur localisation aux colonnes grises antérieures, la rapidité d'évolution du processus pathologique et la réaction méningée relativement peu prononcée.

Lésions de l'encéphale dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux

M. JUMENTIÉ. — La région de l'angle ponto-cérébelleux ou mieux bulloponto-cérébelleux est fréquemment le siège de tumeurs. Elles naissent soit des parois qui limitent cette région (os, méninges, plexus choroïdes, tissu cérébral, etc.), soit des organes qui y sont contenus (VIIe et VIIIe nerfs-vaisseaux) ; leur nature peut être différente (tumeurs proprement dites, tubercules, anévrismes, abcès, etc.).

Nous n'aurons en vue que les tumeurs énucléables, comprenant le tissu cérébral sans l'envahir : ce sont ces dernières auxquelles on doit vraiment réserver le nom de tumeurs de l'angle.

Elles se divisent en deux catégories très distinctes : les unes (neuro-fibromatose) ne sont qu'une manifestation dans cette région d'un processus généralisé. Ce sont des tumeurs bosselées, irrégulières, bilatérales, poussées nettement aux dépens des VIIe et VIIIe nerfs, les autres (désignées ces temps derniers surtout sous le nom de tumeurs de l'acoustique, mais dont l'origine est encore discutée). Sont uniques, de forme arrondie ou ovalaire, à parois lisses sans saillies, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule.

En résumé, comme dans tous les cas de tumeurs nous n'avons trouvé que des lésions dégénératives très minimes, témoignant de la lenteur du processus, mais ce qui nous a paru constant ce sont les lésions des noyaux gris et en particulier du noyau dentelé, ainsi que l'atrophie des lamelles cérébelleuses sous-jacentes à la tumeur.

Maladie de Recklinghausen

M. GAUDUCHEAU. — Une malade de 24 ans a présenté les signes typiques de la maladie : taches café au lait, fibromes sous-cutanés et sur le trajet des nerfs, ainsi que des symptômes de tumeur cérébrale, céphalée violente, vertiges, stase papillaire, paralysies de la VIIIe paire. Trépané deux fois, il succomba brusquement peu de temps après la seconde opération.

Nous avons trouvé à l'autopsie une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux droit ayant envahi une grande partie de l'étage moyen du crâne du côté droit, beaucoup moins du côté gauche. Nous n'avons rien trouvé à l'intérieur des hémisphères.

Mais la moelle est bosselée et irrégulière, surtout dans sa moitié inférieure. Les racines portent toutes de nombreux nodules et la queue de cheval offre l'aspect d'une véritable grappe. Nous reviendrons du reste ultérieurement sur les rapports des faisceaux nerveux avec ces nodules fibreux.

Ces fibromes sont petits : leur taille varie d'une tête d'épingle à une lentille ; nous en avons rencontrés de beaucoup plus volumineux, atteignant la taille d'un œuf de poule, l'un siégeait à la face interne du thorax, au niveau du VIe espace intercostal gauche. D'autres moins volumineux siégeaint au niveau des insertions vertébrales du psoas droit, et dans la fosse iliaque droite.

Enfin, nous en avons trouvé un assez volumineux au niveau de la base du cœur sur le trajet du pneumogastrique droit, et uni par son pôle inférieur par une anastomose au pneumogastrique gauche. Ces deux nerfs présentent du reste de nombreux fibromes plus petits sur leur trajet et sur les filets des plexus qu'ils forment après avoir croisé la branche correspondante.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MEDECINE MENTALE DE PARIS

Séance du 19 décembre 1910. — Présidence de M. Ritti.

Un cas de confusion mentale à évolution chronique eu rapport avec l'apparition de la comète de Halley

MM. Marcel BRIAND et Maurice BRISSOT présentent une femme de 33 ans, atteinte, à l'heure actuelle, de confusion mentale chronique consécutive à l'émotion intense que lui a causée la nouvelle de l'apparition de la comète de Halley.

Les auteurs insistent sur ce fait que, chez leur malade, l'éclosion subite des troubles mentaux n'est due qu'à une cause purement occasionnelle et non véritablement déterminante.

Epilepsie et presbyophrénie post-traumatique

MM. TRÉNEL et LIBERT montrent une femme de 76 ans, ayant fait une chute grave sur la tête, à 55 ans. Depuis cette époque, vertiges et affaiblissement intellectuel progressif. Placée dans un hospice, elle s'y agite et entre à l'asile vingt et un ans après l'accident. Elle présente de l'amnésie rétrograde et de l'amnésie d'acquisition, de la désorientation, des fabulations, des fausses reconnaissances. Pas de signes de névrite, en particulier pas de douleurs à la pression des masses musculaires. Exagération des réflexes rotuliens. Elle a presque tous les mois des vertiges.

Il est intéressant de constater le syndrome presbyophrénie comme psychose post-traumatique.

Dégénérence mentale ou folie manico-dépressive

MM. HAMEL et COUCHOUT présentent une malade qui a été internée à différentes reprises. Dans le tableau clinique domine tantôt l'excitation maniaque, tantôt la dépression. Mais à ces troubles primordiaux se surajoutent, dans les divers cas, soit de la confusion, soit un délire polymorphe, avec de nombreux troubles psycho-sensoriels. L'hérédité très lourde de la malade, le début soudain des accès imposent le diagnostic de dégénérescence mentale, mais le cas rapporté ne diffère pas non plus essentiellement de la forme nosologique connue sous le nom de folie manico-dépressive.

M. JUQUELIER, qui a observé cette malade, n'a pas trouvé chez elle de confusion mentale. D'autre part, MM. Colin, Vigouroux, Marchand s'étonnent de voir appliquer le nom de folie maniaque dépressive à un état qui ne se distingue pas des formes connues depuis longtemps. Il s'agit, en résumé, de troubles délirants revenant périodiquement chez une malade lourdement tarée au point de vue héréditaire, troubles associés à des manifestations névropathiques (hystérie, chorée, etc.).

Deux cas de délire d'interprétation à forme hypocondriaque

M. BONHOMME (service de M. A. Marie) présente deux malades atteints d'hallucinations de la sensibilité générale provoquant de leur part des réactions violentes. L'un d'eux, avocat, sent la gale à la figure et veut faire un procès à l'Académie de médecine, au professeur de dermatologie pour les forcer à reconnaître qu'ils se sont trompés en refusant d'enseigner que la gale pouvait

envahir la figure. Le second malade tousse constamment : il sent dans son larynx du poil à gratter qu'il accuse sa laitière de mélanger au lait.

Syndrome paralytique chez un jeune homme de 19 ans

MM. PACTET et VIGOUROUX montrent les préparations histologiques provenant d'un malade qui avait été présenté à la Société au mois de mai 1909 et qui, porteur déjà de lésions tuberculeuses des ganglions, est mort de tuberculose pulmonaire. Les diagnostics de démence précoce et de paralysie générale avaient été discutés. L'examen histologique montre l'existence d'un épaississement fibreux de la pie-mère (sans processus inflammatoire), une dégénérescence pigmentaire prononcée des cellules nerveuses, de la gliose de la zone moléculaire et de la dégénérescence hyaline de la paroi des artérioles du cerveau, toujours sans processus inflammatoire. Il s'agit donc d'une paralysie générale dégénérative tuberculeuse (type Klippel).

Séance du 16 janvier 1911. -- Présidence de M. Legras.

M. RITTI, en cédant la présidence à M. Legras, rappelle que la Société a été fondée en mai 1908, sous les auspices de M. Magnan. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, il y a eu 158 présentations. L'année 1910 en compte à elle seule 72 pour neuf séances, dont 55 présentations de malades.

Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie

M. PACTET présente un jeune homme qui est entré dans son service, il y a huit mois, à la suite d'une tentative d'homicide au cours de laquelle il a frappé sa victime de 27 coups de poinçon. Soumis à un examen médico-légal, il fut considéré comme ayant agi sous l'influence de la névrose comitiale et interné. Depuis son entrée à l'asile, jamais il n'a présenté d'accident épileptique d'aucune sorte et a donné des versions contradictoires des circonstances qui avaient accompagné sa tentative d'homidice.

Ce cas montre la difficulté que l'on peut éprouver parfois à porter un diagnostic précis sur l'état pathologique d'un malade et l'intérêt qu'il y aurait, à des points de vue multiples, lorsque celui-ci entre à l'asile, à l'occasion d'un acte délictueux, à communiquer au médecin la relation officielle des circonstances dans lesquelles l'acte a été accompli.

Cinquante ans de délire mystique sans démence

M. JUQUELIER présente à la Société un malade de 76 ans, qui, depuis soixante ans, se croit prophète et ambassadeur de Dieu. Ce malade est constitionnellement un débile intellectuel, mais il n'est pas sensiblement affaibli, malgré son grand âge. Exceptionnellement halluciné, habituellement interprétateur, ce prophète est venu à Paris pour réformer le gouvernement selon les vues du « Très Haut ».

Inoffensif et bienveillant, il n'a jamais été interné, et il semble qu'on pourra le rendre à sa famille qui le réclame.

Le diagnostic de débilité mentale avec délire mystique est confirmé par l'hérédité : le prophète est fils d'un alcoolique et frère d'un délirant mélancolique.

Paralysie générale et 606

M. A. MARIE (de Villejuif) présente plusieurs paralytiques traités par le 606. Il rapporte vingt cas d'application thérapeutique de ce genre sur des

malades de son service (dont dix paralytiques généraux) et cela sans inconvénients, au contraire (trois retours du réflexe lumineux accommodatif, une régression d'un mal perforant, une sortie par rémission).

M. MARIE, s'appuyant sur l'innocuité de ces vingt cas d'emploi de l'arsénobenzol en piqûres intra-musculaires, pense qu'il n'y a pas à cette thérapeutique une contre-indication aussi formelle qu'on le croit, à la condition de contrôler les résistances du malade (reins, cœur) et de vérifier les réactions sanguines et céphalo-rachidiennes par la méthode de Wassermann.

M. TRÉNEL fait remarquer qu'Ehrlich lui-même a recommandé de ne pas employer son produit chez les paralytiques généraux, il rappelle qu'un cas de mort chez un paralytique général a été signalé récemment, par intoxication arsénicale, à la suite du traitement par le 606.

M. WOLFF objecte que le traitement appliqué par M. Marie est encore trop récent pour qu'on puisse en tirer des déductions exactes; il semble n'y avoir eu qu'atténuation de certains symptômes; seule une observation prolongée permet, dans la paralysie générale, de se rendre compte de la valeur de tel ou tel traitement.

Défaut d'équilibre. Alcoolisme chronique : internements multiples

M. BEAUSSART (service de M. Colin) présente un homme de 45 ans, qui offre le type du déséquilibré. Ce qui prédomine chez lui, ce sont de profondes lacunes morales : instabilité de tous les instants qui fait que le malade ne peut avoir aucune occupation suivie et vit en marge de la société.

Vanité extrême qui pousse le malade à raconter des histoires invraisemblables et à se faire paraître sous un jour faux, mais des plus favorables pour lui.

Défaut d'affectivité qui le fait proférer des menaces envers sa famille et commettre des voies de fait contre sa femme.

Sous l'influence de cette absence d'équilibre et aussi d'un alcoolisme surajouté, le malade a commis des excentricités et de multiples délits. Quelques fois condamné, il a aussi été, pour les mêmes motifs, plusieurs fois interné. Il convient de faire remarquer que cette homme est avant tout un malade et non un délinquant et, pour ce motif, sa place est plutôt justifiée à l'asile que dans les prisons.

Paralysie de la 3me paire chez un paralytique général

MM. VIGOUROUX et FOURMAUD présentent les coupes séries de la région pédonculaire d'un paralytique général ayant eu une paralysie durable du moteur oculaire commun. Les préparations au Weigert montrent la dégénérescence presque totale du nerf du côté gauche et la disparition des fibres radiculaires intra-pédonculaires. D'autres préparations montrent la destruction de la IIIe paire par un foyer de désintégrations lacunaires.

Il s'agit donc d'une ophtalmoplégie d'origine nucléaire qui s'est montrée comme premier signe physique de la paralysie générale et qui a persisté.

Séance du 20 février 1911. — Présidence de M. Legras.

—

Une mystique persécutée

MM. TRUELLE et PILLET montrent une femme de 70 ans, d'origine italienne, qui, depuis l'âge de 7 ans, avait présenté des hallucinations visuelles

mystiques, combinées à des hallucinations auditives et à d'autres troubles sensoriels et sensitifs divers. Fréquence et variété considérables de ces « visions », parfois à signification prophétique. Absence totale d'interprétations délirantes en rapport avec ces manifestations mystiques; mais développement d'un délire de persécution banal indépendant du mysticisme et évoluant parallèlement avec lui.

Parmi les manifestations mystiques, les unes sont de véritables hallucinations, d'autres des souvenirs de rêves et des représentations mentales non reconnues comme tels, ou peut-être aussi le produit d'une imagination très vive.

Un cas de quadriplégie

M. BONNET présente deux malades atteintes de psychose polynévritique et de paralysie des quatre membres. Ces phénomènes de paralysie ont été déterminés chez l'une d'elles par la consommation excessive du vulnéraire. M. Bonnet, qui a un service spécial d'alcooliques (femmes), fait remarquer les particularités de l'alcoolisme chez les femmes. Ces dernières préfèrent les liqueurs à essence qui agissent malheureusement au maxima sur le système nerveux, eau de mélisse, vulnéraire, liqueurs monastiques. Il est étonné de la grande fréquence de la consommation du vulnéraire chez les femmes du peuple à Paris, le vulnéraire acheté chez les marchands de vins est plus nocif que celui des pharmaciens. Le vulnéraire est malheureusement consommé trop fréquemment, en vertu du préjugé qu'il s'oppose aux troubles de la menstruation.

Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique

M. FOUQUE (service de M. Legras) présente une malade, avec antécédents héréditaires et personnels alcooliques, atteinte de cécité (glaucome) et de mal de Bright.

Le délire de cette malade, qui apparut pour la première fois en 1908, sous l'influence de l'alcool et au cours d'un mal de Bright, diminuant et réapparaissant avec l'albumine, persistant avec elle depuis six semaines que dure le nouvel internement, semble bien dû à une néphrite chronique. Comme l'ont signalé nombre d'auteurs, entre autres Floraut et Spaglia, Chevalier-Lavaure et Régis, Vigouroux et Juquelier, il présente la plus grande analogie avec le délire alcoolique ou le délire toxique en général. On peut se demander avec Spaglia si, au cours des délires toxiques, les troubles ne sont pas dus à la présence de lésions rénales concomitantes.

Tentative de suicide chez une persécutée

M. HAMEL présente une malade atteinte d'un délire de persécution qui remonte à plus de deux ans et qui vient de faire une tentative de suicide. A son avis, cet acte ne saurait être attribué ni à un raptus mélancolique, ni à une hallucination impérative. Il s'agit d'une disposition d'esprit particulièrement timorée que l'on retrouve chez un petit nombre de persécutés, et qui pousse ces malades à se soustraire à l'action de leurs persécuteurs plutôt qu'à se venger d'eux.

A propos de l'anatomie topographique de la région sacro-lombaire

M. LE FILLIATRE expose, avec planches à l'appui, l'anatomie du canal rachidien sacro-lombaire.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'œdème hystérique (1)

(Présentation de la malade)

par le Dr Glorieux

Je crois qu'il sera agréable aux membres du Congrès, sevrés de malades depuis quelques jours, de leur présenter un cas dont la rareté, à mon avis, ne constitue pas le seul intérêt.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, Thérèse M., qui s'est présentée il y a quatre jours, à ma consultation gratuite des maladies nerveuses.

Antécédents héréditaires. Nuls. Les neuf frères et sœurs de la malade n'ont présenté aucun accident nerveux, à part un garçon qui a eu de l'incontinence d'urine nocturne.

Antécédents personnels. La malade a marché à 13 mois, parlé à 2 ans; a fait facilement ses classes; pas particulièrement émotive, un peu renfermée en elle-même, travailleuse. Réglée à 14 ans sans incidents.

Pas de maladies infectieuses, sauf rougeole.

Histoire de la maladie. Il y a trois ans et demi à la suite d'émotions très vives (perte d'une sœur, tirage d'un mauvais numéro par son frère) la malade présenta de l'aphonie hystérique. En même temps le caractère changea : idées noires, insomnie, perte de l'appétit, incapacité de travail.

En quelques semaines diminution en poids de 20 livres.

Un séjour de cinq mois à Péruwelz rétablit complètement sa santé physique et morale, mais l'aphonie persista.

En juin 1909 : douleurs au genou gauche; apparition à cet endroit d'une plaque violacée ecchymotique douloureuse, rendant la marche difficile : cette plaque guérit rapidement.

En juillet 1909, il se produit sur le dos du poignet gauche une plaque semblable à celle du genou avec gonflement de l'articulation. Le médecin fait le diagnostic d'arthrite rhumatismale. Le gonflement et les douleurs augmentent et gagnent l'avant-bras, puis la main .

La contracture des doigts et du poignet s'établit plus tard.

En janvier application sous chloroforme d'un appareil plâtré. La contracture se réduit spontanément pendant la chloroformisation et la malade parle à voix haute.

Après six semaines, enlèvement de l'appareil plâtré : le gonflement n'avait guère diminué, la contracture des doigts se reproduit bientôt. Depuis lors le gonflement n'a fait que s'accentuer.

---

(1) Communication faite au XXe Congrès des Médecins chimistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, août 1910.

En même temps la malade présente de la fièvre assez variable dans son allure. La température serait montée à 39° le soir après l'application de l'appareil plâtré, actuellement elle évolue vers 38° le soir.

EXAMEN OBJECTIF. — *Température* dans la bouche, prise par le médecin interne : 28 juillet 1910 : soir, 37°7; 29, matin, 37°, soir, 37°9; 30, matin, 36°2, soir, 38°; 31, matin, 36°4, soir, 36°5; 1er août, matin, 36°2, soir, 37°9.

Sensibilité douloureuse thermique et tactile = normale partout.

Anosmie.

Champ visuel = légèrement rétréci.

Réflexes : plantaire faible des deux côtés; aucun mouvement de défense; rotulien, normal; pharyngien, aboli; cornéen, conjonctival, cutanés abdominaux existent.

Examen des organes thoraciques. Rien au cœur. Au sommet droit la respiration est un peu rude et saccadée.

Radiographie. De multiples examens démontrent l'intégrité du système osseux, tant de la main et du coude que de l'avant-bras.

Description du membre œdématié : L'avant-bras gauche est tenu fléchi à angle droit sur le bras, le poignet est demi-fléchi et déjeté du côté cubital, la main se trouve dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, les doigts sont uéchis, recouvrant le pouche couché dans la paume; ils sont le siège d'un gonflement énorme.

Mensurations : circonférence dos de la main, 22 1/2 centimètres; poignet, 27 1/2; partie moyenne de l'avant-bras, 28; extrémité de l'avant-bras, 26 1/2.

La peau de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras gauche est blanche, tendue; il ne se forme guère de godet à la pression; la partie gonflée donne une sensation de chaud.

Le gonflement cesse brusquement à la partie supérieure de l'avant-bras. A ce niveau on voit nettement une ligne rouge correspondant à la constriction exercée par les bandes du pansement protecteur que la malade porte continuellement.

Les mouvements des doigts, du poignet, sont impossibles; les doigts et le poignet sont en état de contracture permanente.

Tout mouvement est douloureux et quasi impossible.

Les mouvements du coude se font bien : il existe une légère atrophie du bras gauche, par défaut de fonctionnement.

La malade accuse des douleurs spontanées le jour et la nuit, au poignet et dans les doigts de la main malade.

La pression forte des parties œdématiées est douloureuse.

Il y a quelques mois, la malade s'est présentée pour la première fois à la clinique : malgré toutes nos instances, elle a refusé à entrer à la Policlinique où nous voulions la tenir dans une étroite observation.

Elle consentit à venir à Bruxelles chez un oncle et à se rendre trois fois par semaine à la clinique pour ysuivre un traitement à l'électricité. Des bains d'électricité galvanique, des applications de collodion au bleu de méthylène, la cessation de toute constriction apparente, tout cela n'amena aucune amélioration.

Après un mois de traitement la jeune fille retourna chez ses parents : elle est revenue à la clinique le 28 juillet dernier.

Son état était resté sensiblement le même qu'il y a sept mois : même gonflement, même état de contracture, même état d'apathie ; persistance de l'aphonie, même diagnostic d'œdème et d'aphonie de nature hystérique.

Que faire en présence de ce refus de l'isolement. Les parents ne veulent pas admettre une supercherie quelconque de la part de leur fille, et vis-à-vis de la malade, il importe à tout prix d'user de prudence et de circonspection. conspection.

Avant de recourir à un traitement quelconque, l'idée m'est venue de recourir aux lumières des membres du Congrès, certain de trouver chez eux un conseil sage, qu'adopteraient la jeune fille et ses parents.

Sur le dermographisme et sa valeur diagnostique

par le Dr H. Fauconnier

Dans sa signification la plus large, le mot dermographisme s'applique à la réaction vaso-motrice de la peau qui se manifeste à la suite de frictions faites sur celle-ci à l'aide d'un corp dur. Mais quand on emploie ce terme en clinique, on doit avoir en vue une réaction anormale, un symptôme morbide.

En quoi consiste cette réaction anormale ? Quand peut-on dire qu'il y a dermographisme au sens clinique du mot ? Quelle est la signification de la réaction vaso-motrice anormale ?

Telles sont les questions que je me suis posées et que j'ai tâché d'élucider en recherchant la réaction vaso-motrice chez des individus sains et chez des individus atteints d'affections diverses, notamment de psychoses et de névroses.

Il importait d'abord d'adopter une technique déterminée et invariable. En effet, la production des raies dermographiques et surtout l'intensité avec laquelle ces raies se manifestent, se trouvent sous la dépendance immédiate de l'instrument qui sert à les faire apparaître. Il est bien évident, en effet, qu'il doit exister des différences suivant que ce dernier sera plus ou moins dur, plus ou moins rugueux, suivant que la substance dont il est fait sera du métal, du bois, de l'ivoire ou autre. D'autre part, l'intensité de la pression exercée sur cet instrument peut varier énormément, non seulement d'un expérimentateur à l'autre, mais encore pour un seul expérimentateur envisagé à des moments différents, ce qui doit également amener des variations notables dans les résultats obtenus. Enfin, il y a lieu de tenir compte de la force plus ou moins grande de réaction que

sont susceptibles de présenter les diverses régions cutanées aux frictions dont elles sont l'objet.

Me basant sur ces considérations, je me suis appliqué à toujours opérer dans des conditions identiques afin d'obtenir des fiches pouvant être comparées entre elles.

Je me suis toujours servi du même instrument qui, en l'occurence, était une baguette cylindrique ou plutôt légèrement conoïde faite d'un bois assez tendre, dont l'extrémité destinée à être mise en rapport avec la peau était régulièrement arrondie et ne présentait aucune aspérité susceptible, même sous l'action d'une pression assez forte, d'amener des égratignures ou des éraflures de l'épiderme.

Cela étant, je me suis évertué, dans la mesure du possible, a appuyer toujours de la même manière et avec la même force sur cet instrument de façon à obtenir des frictions de la peau d'une intensité toujours la même.

Enfin, ce furent toujours les mêmes régions du corps qui furent mises en expérience à savoir : d'une part, la poitrine à droite et à gauche du sternum, d'autre part, le dos à droite et à gauche de la colonne vertébrale; chacun de ces quatre endroits était marqué de trois traits, deux verticaux et un oblique dont l'ensemble figurait un N.

Ces conditions furent suffisamment respectées pour que, expérimentant sur des mêmes individus à trois semaines et même, à trois mois d'intervalle, j'aie pu obtenir des résultats identiques.

Les résultats que je vais maintenant indiquer sont ceux que j'ai observés à la suite de frictions faites sur la peau non de la poitrine, mais uniquement du dos.

Il existe, en effet, au point de vue dermographique une différence très notable entre ces deux régions: *la poitrine réagit beaucoup moins que le dos*. C'est là une règle à laquelle n'a échappé aucun des sujets que j'ai observés: s'il s'agit d'un dermographisme plan, les raies persistent beaucoup moins longtemps et sont moins colorées sur la face antérieure que sur la face postérieure du thorax; s'il s'agit d'un dermographisme en relief, l'élevure de ce dernier est beaucoup moindre en avant qu'en arrière ou, ce qui arrive très fréquemment, elle n'existe que dans le dos, la poitrine, elle, présentant un dermographisme plat.

Mes recherches ont porté sur 120 sujets pathologiques chez lesquels la persistance des raies a varié de quelques minutes à deux heures et demie; leur aspect du léger trait à peine rosé à la ligne rouge vif, du simple bourrelet légèrement saillant au cordon induré et fortement surélevé, toutes les transitions imaginables trouvant du reste place entre ces extrêmes. Il n'y a, en effet, aucune limite bien tranchée d'un cas à l'autre et la classification qu'on peut tenter d'établir est de pure convention. Cette classification pourrait, par

exemple, comprendre trois catégories qui se répartiraient de la façon suivante :

1. Raies persistant 15 minutes ou moins; 2. raies persistant 15 minutes ou davantage; 3. dermographisme proprement dit ou dermographisme en relief auquel se rattache le grand dermographisme qui constitue, en quelque sorte, une maladie essentielle, en ce sens du moins qu'elle est l'objet principal, sinon exclusif des plaintes du malade.

PREMIERE CATEGORIE

J'ai rencontré le dermographisme plan avec une durée maximale de 15 minutes dans les affections suivantes :

Affections du cœur et des poumons	9
Mal de Pott	1
Maladie de Basedow	1
Tabes	3
Hémiplégie	1
Alcoolisme	3
Neurasthénie	2
Mégalomanie chez dégénéré	1
Faiblesse d'esprit	1
Démence sénile	1
Démence précoce	3
Epilepsie	1
Paralysie générale	4
Névrose traumatique	24
Urticaire	2
Total	57

C'est là un phénomène banal que l'on rencontre dans des affections étrangères au système nerveux et même chez des individus sains. De ces derniers cas, il n'a pas été tenu compte dans le tableau qui précède parce je les ai recueillis au hasard de mon entourage, sans en tenir note.

On remarquera que la névrose traumatique est largement représentée dans cette catégorie, alors que je n'en aurai que deux cas à signaler pour les deux catégories suivantes. En sorte que vingt-quafois sur vingt-six, la réaction fut banale.

Si l'on signale si fréquemment la dermographie dans les rapports d'expertise relatifs à des cas de l'espèce, c'est, sans doute, d'une manière abusive : on inscrit comme manifestation pathologique un phénomène qui s'observe couramment, même chez l'individu sain.

DEUXIEME CATEGORIE

Lorsque les raies sont très accusées et persistent au-delà d'un quart d'heure, on se trouve devant un fait qui sort de l'ordinaire.

Je l'ai rencontré dix-huit fois et ce, dans les cas suivants :

Acromégalie	1
Alcoolisme	1
Hémiplégie	1
Sclérose latérale	1
Faiblesse mentale	3
Méningite	1
Démence précoce	1
Epilepsie	4
Paralysie générale	4
Sujet accusant des troubles nerveux post-traumatiques, mais reconnu comme simulateur..	1

TROISIEME CATEGORIE

Ce que l'on peut appeler le grand dermographisme se trouve réalisé dans l'observation suivante: Il s'agit d'un homme de trente ans, renseignant comme antécédents héréditaires: mère en vie, deux frères, quatre sœurs « tous petits, maigres et nerveux », père mort accidentellement. Antécédents personnels: pas de convulsions; somnambulisme nocturne de 10 à 12 ans; ne se souvient pas d'énurèse nocturne; à 18 ans, crampes d'estomac, ictère, crises de coliques hépatiques.

L'affection elle-même a débuté il y cinq ans par des insomnies et du prurit dans le dos. Il y a quatre ans, s'étant livré à un travail d'emballage assez actif, le malade a vu apparaître à la main comme des piqûres d'orties. Le malade a été alors à l'hôpital où on a constaté des élevures un peu sur tout le corps et où on lui a ordonné des pommades diverses qui sont restées sans effet. Il s'est alors rendu dans une autre clinique où on lui a prescrit une lotion à la résorcine (5 %) qui a apaisé les démangeaisons et où on lui a fait suivre, en outre, un traitement arsenical: liqueur Fowler, cacodylate de soude.

Je vois le malade, pour la première fois, le 4 janvier 1910. Il n'a plus été incommodé jusqu'il y a deux ans d'ici, époque à laquelle ça a recommencé. Il lui suffit de s'essuyer la figure pour qu'elle devienne toute rouge; il ne peut se raser tant cela lui fait de mal (1).

---

(1) Un cas analogue est signalé dans la *Soc. derm. de Moscou, 31-1-1892*. Le sujet quand il se lavait ou s'essuyait, voyait sa peau devenir œdémateuse et douloureuse.

Ce sont les parties latérales du tronc qui sont les plus sensibles. Quand il lui arrive de se gratter, en dormant par exemple, il se réveille tant la douleur est forte .Les membres sont beaucoup moins sensibles.

Epreuve dermographique :

A 11 heures 5 minutes, je trace des N à droite et à gauche du dos et de la poitrine et ils apparaissent aussitôt en traits rouges et plans bientôt entourés d'une aréole diffuse très étendue.

A 11 heures 10 minutes, le malade ressent des piqûres ortiées très fortes. Les N sont devenus de gros cordons indurés dont l'élevure va en s'accentuant pour atteindre le summum (environ un centimètre à la crête), à 11 heures 15 minutes.

A 11 heures 20 minutes, le bourrelet commence à diminuer de saillie en même temps qu'il s'élargit. Il semble s'affaisser.

A 11 heures 35 minutes, les phénomènes continuent à s'atténuer insensiblement, mais quand nous cessons l'expérience à 11 heures 50 minutes, les raies sont toujours très nettes et sont loin d'avoir disparu.

Le 20 janvier 1910. Examen somatique: langue large, crevassée, à peine tremblante; paupières légèrement palpitantes; léger tremblement des mains dans l'extension.

Réflexes: radio-bicipital, assez net; rotulien, exagéré; achilléen, très net; abdominal, de même.

Le malade reprend le traitement arsenical.

Le 8 mars 1910, il nous dit n'avoir jamais si bien dormi qu'actuellement et ne plus ressentir de démangeaison.

Le 26 avril 1910, ressent de nouveau des démangeaisons si vives que, dit-il, « c'est une véritable brûlure; je m'arracherais bien la peau ».

Intermittences du pouls, pas de dyspnée ni de palpitations, dort bien. Continuera l'arseniate de soude.

Le 31 mai 1910, n'éprouve plus guère de prurit.

Dans les conditions où se présente le dermographisme chez notre malade, il peut être considéré comme une névrose de la peau, névrose qui est elle-même la manifestation d'un état névropathique général. Chez notre malade cette névropathie générale se manifestait par les insomnies qui accompagnaient le dermographisme, par les antécédents du sujet (somnambulisme), par l'augmentation de la réflectivité profonde. C'est le seul exemple de grand dermographisme que j'aie eu l'occasion d'observer.

Quant au dermographisme en relief, je l'ai rencontré dans les cas suivants:

Mélancolie	1
Hystérie	1
Alcoolisme	1

Maladie de Basedow	2
Débilité mentale	9
Démence précoce	9
Epilepsie	7
Paralysie générale	10
Urticaire	2
Névrose traumatique	1
Total	43

Le dermographisme en relief paraît franchement pathologique. Tous ceux qui me l'ont présenté appartiennent au groupe des névropathes ou des psychopathes et ce sont particulièrement les paralytiques généraux, les déments précoces et les épileptiques.

Sur les 17 observations de paralytiques généraux, à diagnostic bien établi, que j'ai recueillies, trois seulement rentrent dans le dermographisme fruste, tandis que quatre présentent le dermographisme persistant de 15 à 35 minutes et dix le dermographisme en relief. Sans y insister nullement, je ferai remarquer que la paralysie générale est une méningo-encéphalite, une espèce de méningite chronique et que dans la méningite, le dermographisme, qui prend alors le nom de raie méningitique, est considéré comme un signe important.

Pour la démence précoce, sur les douze cas que j'ai examinés, trois rentrent dans la première catégorie, un dans la deuxième (avec persistance des raies d'une demie-heure et plus), neuf dans la troisième avec une durée de un à trois quarts d'heure.

Pour l'épilepsie, sur douze cas, je n'en ai noté que deux appartenant à la première classe, alors qu'il y en avait quatre sans bourrelet (30 minutes) et sept avec bourrelet (25 à 50 minutes).

Il convient de signaler relativement à cette dernière affection le travail de C. Féré et H. Lamy sur le dermographisme (*Nouvelle iconographie de la Salpétrière* 1889) où sur 130 observations de maladies nerveuses diverses et d'épilepsie, les auteurs signalent qu'ils ont reconnu :

Le grand dermographisme	7 fois
Le dermographisme moyen	8 fois
Le dermographisme faible	21 fois

et rien dans les autres cas.

Quant à cette proposition émise par Féré et Lamy et d'après laquelle « les accès déprimeraient l'excitabilité de la peau, c'est-à-dire que, après ceux-ci, le dermographisme baisserait ou disparaîtrai »,

je n'ai pu la vérifier. J'ai, en effet, eu l'occasion à maintes reprises, d'examiner des épileptiques encore sous le coup d'accès récents, sans que rien fut changé du côté du dermographisme, celui-ci se manifestant avec les mêmes caractère de rougeur et éventuellement d'élevure œdémateuse qu'avant la crise. Une fois même, chez un malade que je venais de mettre en expérience, alors que le jour même il avait déjà eu trois accès, survint une série de sept attaques qui, pas plus que les trois précédentes, n'eurent une influence quelconque sur le dermographisme lequel, chez ce sujet, se présentait à la poitrine en une cordon bien blanc, tranchant sur le fond rouge d'une aréole érythémateuse s'étendant assez loin et au dos en un bourrelet rouge très saillant sans pour ainsi dire de zone aréolaire.

Je termine en faisant, au sujet de l'urticaire, la remarque suivante : la vaso-dilatation des vaisseaux cutanés peut être amenée par l'action d'agents toxiques d'origine endogène alors que les excitations mécaniques restent sans effet. On peut constater, en effet, la dissociation de ces deux éléments, en ce sens que, alors qu'on a affaire à des urticaires spontanées, où par conséquent l'agent toxique fait sentir son action, on voit, dans certains cas, échouer l'excitation mécanique qui, en l'occurence, consiste dans les frictions produites à l'aide de la baguette dermographique.

En résumé, donc, on peut dire que en tant que phénomène pathologique, le dermographisme se montre sous deux formes :

1° Sous forme de bourrelets blancs, roses ou rouges, c'est le *dermographisme en relief*. On peut le considérer comme un stigmate de névropathie.

Je l'ai constaté dans une assez forte proportion de cas d'épilepsie, de démence précoce, de paralysie générale ;

2° Sous forme de traînées roses ou rouges persistantes, c'est le *dermographisme plat*.

L'apparition de traînées rouges et leur persistance pendant un temps inférieur à un quart d'heure est un phénomène banal se présentant chez des individus sains ou chez des sujets atteints des affections les plus diverses.

On ne peut leur attribuer un caractère anormal que lorsqu'elles subsistent plus d'un quart d'heure. Je les ai observées dans ces conditions chez bon nombre d'épileptiques, de déments précoces, de paralytiques généraux ; je ne les ai rencontrées que dans une proportion très faible de névrosés traumatiques.

Si on voit souvent mentionnée la dermographie dans des rapports d'expertise relatifs à des cas de névrose traumatique, c'est sans doute parce que l'on tient abusivement compte d'une réaction vaso-motrice d'ordre banal.

Même dans les cas où le dermographisme présente un caractère pathologique accentué, on ne saurait lui attribuer une signification bien précise. Il indique seulement un état de nervosité, comme l'hyperéflectibilité, comme les tremblements, etc.

Il importe d'ailleurs de remarquer que les résultats produits par la friction de la peau varient avec la technique adoptée et la région cutanée. Les réactions vaso-motrices sont régulièrement plus vives au dos qu'à la poitrine.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 1er décembre 1910. — Présidence de M. Souques.

Syndrome cérébelleux unilatéral

MM. BABINSKI et JUMENTIÉ. — Le malade que nous présentons est atteint de troubles de motilité confinés dans le côté droit du corps. Voici quels sont ces troubles : *e*) pendant la marche, immobilisation relative du membre supérieur, abduction du membre inférieur et rigidité apparente de ce membre résultant de l'abolition ou de la diminution du mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse; *b*) lenteur de certains mouvements; *c*) dysmétrie, c'est-à-dire inaptitude à doser l'amplitude des mouvements qui, dans des actes divers, sont sensiblement démesurés; *d*) léger tremblment; *e*) nystagmus;*f*) asynergie peu prononcée.

Il ne peut être question, pour expliquer les phénomènes que nous constatons, d'un état névropathique.

Au premier abord, à cause de l'attitude du membre supérieur et du membre inférieur pendant la marche ainsi que de la lenteur des mouvements, on est porté à penser qu'on a affaire à une hémiplégie banale liée à quelque lésion atteignant le système pyramidal. Mais quand on analyse le malade, on est frappé immédiatement par les objections qu'on peut opposer à une pareille idée. En effet, la force musculaire est à peu près semblable des deux côtés; la rigidité du membre inférieur n'est pas la conséquence d'une contracture; le malade ne marche pas en fauchant comme un hémiplégique; le réflexe cutané plantaire est normal; le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc fait défaut; enfin, si les réflexes tendineux sont forts des deux côtés, ils ne le sont pas sensiblement plus à droite qu'à gauche. S'il y a eu, au début, une véritable hémiplégie d'origine pyramidale, ce qui est parfaitement possible, les signes qui lui appartenaient se sont effacés, du moins en très grande partie. Un pareil diagnostic en tout cas serait incomplet, car les symptômes les plus saillants que nous constatons ici ne font pas partie de l'hémiplégie commune.

La lenteur des mouvements associée à la conservation de la force musculaire s'observe dans la paralysie agitante, mais il n'existe aucun autre symptôme qui permette d'admettre le diagnostic de maladie de Parkinson; le tremblement n'a pas les caractères propres à cette affection.

Les mouvements démesurés constituent un des traits les plus marqués du tableau symptomatique. A quoi les attribuer ? On peut observer ces troubles dans l'ataxie locomotrice, mais, outre qu'il n'y a ici aucun signe objectif de tabes, on sait que dans cette affection l'occlusion des yeux augmente notablement l'irrégularité des mouvements, contrairement à ce qui a lieu chez notre malade.

Il n'est pas possible non plus de s'arrêter à l'hypothèse d'une dysmétrie ayant pour origine une altération de la voie sensitive dans l'étage médullo-bulbo-thalamique et dans l'étage thalamo-cortical, puisque les troubles sensitifs font défaut.

A côté des hypothèses précédentes, il en est une autre à laquelle on est déjà conduit par exclusion : c'est l'hypothèse d'une lésion unilatérale de l'appareil cérébelleux. Elle nous paraît tout à fait acceptable, puisque nous savons maintenant que de pareilles lésions sont capables de provoquer des mouvements démesurés identiques à ceux que nous avons constatés dans le cas présent. L'asynergie quoique légère, l'attitude du membre inférieur en abduction, le nystagmus viennent à l'appui de cette idée.

C'est pour ce motif que nous intitulons cette communication : syndrome cérébelleux unilatéral, en attirant ainsi l'attention sur les phénomènes les plus saillants. Mais nous ne nous croyons pas en mesure d'indiquer l'endroit précis de l'appareil cérébelleux où se trouve la lésion, en supposant qu'il n'y en ait qu'une. Nous reconnaissons aussi que le diagnostic ne nous donne pas pleine satisfaction, car s'il existe des symptômes cérébelleux, il en est d'autres tels que : la lenteur des mouvements contrastant avec leur amplitude exagérée, l'attitude du membre supérieur et la raideur des membres inférieurs pendant la marche, qui n'ont peut-être pas pour origine une perturbation cérébelleuse.

D'ailleurs, c'est parce que cette association de symptômes ne nous semble pas banale et qu'elle est d'une interprétation difficile que nous avons désiré en entretenir la Société et enregistrer un fait dont il n'est pas impossible que l'on ait un jour à tirer parti.

Séance du 12 janvier 1911. — Présidence de M. Dupré.

Spasme oculo-lévogyre chez une épileptique

MM. ACHARD et FLANDRIN. — Cette malade a depuis quelque temps des attaques épileptiques, caractérisées par des convulsions généralisées des deux membres. En dehors des attaques on remarque un spasme des deux yeux qui sont déviés vers la gauche. Ce spasme est intentionnel et survient à l'occasion des mouvements dans n'importe quelle direction. Très marqué à l'entrée de la maladie, il tend àdiminuer. Il s'accompagne d'un léger spasme du côté gauche de la face et du cou.

On ne peut guère préciser la cause de ces accidents. Toutefois le point de départ de l'excitation spasmogène ne peut être que supra-nucléaire et compris entre l'écorce et la partie supérieure du pédoncule cérébral du côté droit, entre les centres sensitivo-moteur et coordinateur, qu'on a localisés d'une façon hypothétique, le premier dans la région rolandique inférieure (pied de la

IIe frontale et pli courbe), le second dans la protubérance. De plus, la coexistence d'un léger spasme facial du côté gauche implique une lésion siégeant au-dessus de la décussation, c'est-à-dire au-dessus de la protubérance.

L'hypothèse la plus probable nous paraît être celle d'une lésion corticale ou sous-corticale. L'absence de lymphocytose rachidienne permet d'éliminer la méningite en évolution ; mais la présence d'albumine dans le liquide des deux ponctions montre qu'il y a tout au moins une cause de trouble circulatoire, vraisemblablement au voisinage des méninges.

En fait d'étiologie, rien ne permet de suspecter la syphilis et la réaction de Wassermann est négative. La présence d'une adénite cervicale, offrant tous les caractères de l'adénite tuberculeuse, soulève la question d'une lésion encéphalique de même nature.

M. Henry MEIGE. — Bien que les crises faciales soient de courte durée chez cette malade, il serait intéressant d'en analyser les caractères. En effet, les mouvements convulsifs de la face, consécutifs à une iritation corticale, ne présentent pas les mêmes caractères objectifs que ceux qu'on observe dans l'hémispasme facial périphérique. Nous l'avons soutenu depuis longtemps, et le fait a été confirmé par les observations de Babinski, puis par celles de Vincent. Ce dernier a signalé l'absence de la déviation du nez, de la fossette mentonnière, de la synergie paradoxale, au cours de crises jacksonniennes faciales. Si ces constatations étaient possibles chez la malade qui nous est présentée, elles fourniraient un élément de diagnostic qui ne serait pas négligeable.

Un cas de pseudo-tumeur cérébrale

MM. CLAUDE et BAUDOUIN. — Il s'agit d'une femme de 42 ans, présentant de la céphalée, des vomissements, de l'instabilité, de la diplopie, de la parésie faciale à droite. L'acuité visuelle est diminuée, il y a une stase papillaire très marquée et bilatérale ainsi qu'une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien. On diagnostiqua une tumeur cérébrale et on proposa la craniectomie qui fut refusée. Les symptômes s'amendèrent spontanément.

Cette observation est instructive à de multiples points de vue. Tout d'abord l'erreur de diagnostic commise en pensant à une tumeur amène à discuter la valeur des signes dits « de localisation » principalement constitués, comme on le sait, par des paralysies des nerfs craniens. Le fait qu'on peut en observer dans les méningites séreuses est bien loin d'être nouveau : dans le chapitre de son manuel qui traite de l'hydrocéphalie, M. Oppenheim signale des phénomènes paralytiques dans le domaine des nerfs moteurs oculaires, de l'olfactif, du facial, du trijumeau. Dans de nombreuses observations on a montré qu'une tumeur cérébrale à siège éloigné d'un nerf pouvait, par hypertension, provoquer une paralysie de ce nerf.

Nous signalerons les observations de M. Souques, de M. Vincent (*Revue Neurologique*, 1910, 2e semestre, p. 536). Dans la plupart de ces cas, d'ailleurs, il s'agit plutôt de phénomènes parétiques que paralytiques complets. Il est certain que, chez notre malade, le signe de localisation aurait eu une toute autre valeur s'il y avait eu une paralysie faciale très marquée avec réaction de dégénérescence.

Un second point intéressant à relever dans l'observation qui précède est l'évolution. L'amélioration suivie d'une rechute est tout à fait dans les carac-

tères de l'épendymite et on ne saurait affirmer que la malade est pour toujours quitte de son mal.

Enfin la façon dont se sont comportées la stase papillaire et l'acuité visuelle est également digne de remarque, puisqu'on a pu suivre d'une façon régulière leur amélioration progressive et parallèle jusqu'à la guérison. Ces faits sont tout à fait exceptionnels dans les tumeurs cérébrales même opérées palliativement par décompression : trop souvent l'acuité reste au point où elle était. Dans les épendymites, les résultats sont bien plus favorables : on a signalé des améliorations , des guérisons, à la suite d'une seule ponction lombaire. Chez notre malade, à son premier séjour on pratiqua une rachicentèse, mais la quantité de liquide retiré fut si faible (3 à 4 centimètres cubes) qu'on ne peut lui attribuer un vrai rôle décompresseur : de plus, nous n'en avons pas pratiqué à son second séjour et l'amélioration n'a pas été moins rapide. On peut donc dire qu'ici la guérison s'est produite toute seule. Il serait imprudent d'escompter dans tous les cas un résultat aussi heureux. En présence d'un syndrome d'hypertension pour lequel un mode de début brusque permet de songer à une épendymite, il sera peut-être moins urgent d'intervenir que dans une tumeur cérébrale évidente : mais il ne faut pas oublier que la cécité peut survenir dans la méningite séreuse, qu'elle se produit parfois très vite. (Voir Raymond : Pseudo-tumeurs cérébrales et méningite séreuse. *Presse médicale*, 9 mars 1910.) Dans ces cas rapides, il est d'autant plus urgent d'intervenir par la trépanation décompressive que c'est en quelques heures que se décide la question de savoir si un malade restera ou non un aveugle pour le reste de sa vie.

M. BABINSKI. — Ce qui me paraît surtout remarquable dans l'observation de M. Claude c'est la restauration de l'acuité visuelle qui, après avoir été réduite des deux tiers, est redevenue normale. Je n'ai jamais observé, même après de larges craniectomies, une régression aussi accentuée et aussi complète des troubles visuels liés à la stase papillaire.

MM. SICARD, LONG et ALQUIER ont observé des cas analogues.

Sur un cas de névralgie faciale

M. BAUDOUIN. — Chez cette malade, par ailleurs banale, deux points sont instructifs et doivent être soulignés.

D'abord l'influence sédative curieuse de la grossesse qui semble avoir été ici d'une extrême netteté. Il est malaisé de l'expliquer : si la névralgie faciale, comme on l'a dit, est une maladie d'ordre toxique, comment comprendre que la grossesse soit susceptible de la guérir ?

La névralgie faciale est une manifestation d'arthritisme : nous avons vu, avec M. le Professeur Gilbert, chez quelques-uns de ces malades, une fois la crise passée, une augmentation de ce que nous avons appelé le coefficient glycémique, ce qui est pour nous un symptôme de l'état arthritique. Or, on a prétendu que dans cette diathèse il existait de l'insuffisance thyroïdienne. La grossesse, d'autre part, a pour effet d'exalter les fonctions de cette glande : est-ce le mécanisme de son influence favorable? Je ne saurais le dire; mais j'ai donné le traitement thyroïdien dans plusieurs cas de grande névralgie faciale avec un insuccès complet.

Le deuxième point, plus important au point de vue pratique, est celui de l'anesthésie frappant globalement toute la sphère du trijumeau après injection d'une seule branche. J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de ce

genre et uniquement après injection au maxillaire inférieur. On peut l'expliquer, je crois, par les connexions anatomiques. Quand on injecte au trou ovale on est à un centimètre à peine du ganglion de Gasser et on peut parfaitement admettre qu'une injection fuse le long du nerf ou dans le nerf jusqu'à lui. Dans deux cas où l'injection de cocaïne fut suivie d'une injection d'alcool, j'ai remarqué que l'anesthésie produite fut beaucoup plus profonde, qu'elle persista *absolue* pendant beaucoup plus longtemps qu'elle ne le fait dans l'injection périphérique la mieux réussie. C'est une raison de plus pour penser que le ganglion de Gasser a été atteint. Enfin, dans un cas que j'ai observé, il y eut un début de kératite qui heureusement guérit vite et sans incident et nous démontre péremptoirement que le ganglion avait été touché. *A priori* on pourrait se féliciter de cette possibilité qui permettrait de réaliser d'un coup d'aiguille une gassérectomie idéalement simple. Mais ce sont justement les risques de cette gassérectomie, la kératite en particulier, les troubles trophiques, qui, à mon avis, doivent faire éviter cette manière de procéder, quoique, en cas de réussite, on soit assuré de procurer au malade une sédation de très longue durée, peut-être indéfinie. Aussi je crois que le plus sage est d'injecter toujours la cocaïne au préalable et de surveiller la forme de la zone d'anesthésie avant de pousser l'alcool. M. Sicard avait recommandé de suivre une technique analogue pour éviter les paralysies oculaires dans l'injection au trou grand rond. En s'inspirant des mêmes principes pour l'injection au trou ovale, on se mettra dans les meilleures conditions pour appliquer le vieil adage : *primum non nocere*.

M. SICARD. — Chez certaines femmes, en effet, la grossesse peut avoir une influence sédative sur l'algie faciale, chez d'autres au contraire, les crises douloureuses persistent les mêmes. Le second point intéressant du cas de M. Baudouin est l'anesthésie trigémellaire généralisée après injection cocaïnique au niveau du seul trou ovale. Le ganglion de Gasser n'est qu'à une distance minime (6 à 8 millimètres) de ce trou basal et il est possible que l'anesthésique ait fusé jusqu'à lui. J'ai cherché déjà à utiliser cette disposition anatomique avec notre regretté collègue Herbet pour détruire à l'aide d'un toxique les cellules ganglionnaires après intervention exo-cranienne et pénétration d'une aiguille directement à travers ce trou ovale (thèse de Chevalier, Paris, 1909).

Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique

M. STRŒHLIN. — Ce cas montre une fois de plus les relations de certaines myotrophies et en particulier de la sclérose latérale amyotrophique avec le traumatisme. Si le traumatisme ne crée pas de toute pièce cette affection, du moins il est une cause occasionnelle importante au point de vue médico-légal. Le traumatisme a toujours été considéré comme un facteur étiologique sérieux et parmi les observations révélées il faut citer celle de Valentiner qui, en 1855, avait déjà entrevu la sclérose amyotrophique et qui rapporta l'histoire d'un traumatisé de 45 ans, mourant d'une détermination bulbaire. Florand, dans sa thèse (obs. XII), Joffroy et Achard en 1890, Golberg en 1898, Hauck en 1899, Giese en 1904, Nonne en 1906, Ricca en 1908, Mendel en 1909, etc., apportent une contribution importante à l'étude de ces faits que, récemment, Ingelrans et Ladame ont classés dans d'excellentes revues générales.

M. SICARD. — Le malade de M. Strœhlin, que j'ai pu suivre dans le service depuis quelques semaines, soulève, en effet, la question des rapports de la sclé-

rose latérale amyotrophique et du traumatisme. Mais peut-être faut-il faire quelques restrictions à la thèse très intéressante de M. Strœhlin et se demander si le trauma a été bien réellement et uniquement un point de départ de la maladie de Charcot, ou si son rôle n'est pas plus modeste, s'étant borné à extérioriser ou à rendre manifestes les signes spastiques et trophiques trop légers encore pour avoir attiré, à cette période prémonitoire, l'attention du malade.

Monoplégie crurale d'origine cérébrale avec épilepsie

MM. GAUDUCHEAU et FERRY. — Dans le cas actuel, étant donnée la constance du début des crises jacksoniennes par le gros orteil gauche et la localisation de la paralysie sur les muscles de l'extrémité du membre, il nous est permis de penser à une compression du lobule paracentral droit. Compression n'exerçant d'abord qu'une action irritative qui traduisaient les crises jacksoniennes; action destructive ensuite comme en témoigne la paralysie ultérieure.

Nous tenons à insister encore sur ce fait que la monoplégie est presque uniquement limitée aux muscles qui font mouvoir le pied et les orteils. C'est donc un exemple de monoplégie crurale dissociée, dont les exemples sont rares.

Mais que cette compression soit due à un néoplasme, à un tubercule ou à une plaque de méningo-encéphalite, c'est ce qu'il ne nous est pas permis de dire à l'heure actuelle.

M. DEJERINE. — J'ai engagé mes élèves à présenter ce malade parce que la monoplégie crurale dont il est atteint réalise pour ainsi dire une expérience physiologique. Je tiens à faire remarquer tout d'abord que chez lui le « signal symptôme » de la crise d'épilepsie partielle qu'il présente de temps en temps, se fait toujours par le gros orteil. Je tiens à insister aussi sur le caractère segmentaire pour ainsi dire de cette monoplégie crurale, à savoir la prédominance considérable de la paralysie dans les muscles de la jambe et dans ceux du pied, les muscles de la cuisse étant à peine touchés. Ce sont là des particularités qui montrent que chez l'homme — et conformément à ce qu'ont obtenu Grünbaum et Sherrington chez les singes anthropoïdes — il y a une représentation corticale tout aussi dissociée pour les mouvements des différents segments du membre inférieur que pour ceux du membre supérieur.

M. BABINSKI. — Il serait intéressant de rechercher le signe « du mouvement combiné de flexion de la cuisse et du bassin ». Sa présence devrait faire admettre que les troubles de motilité occupent un domaine plus étendu qu'on n'est tenté de le penser au premier abord.

Paraplégie spasmodique avec contracture en flexion et contractions musculaires involontaires

M. BABINSKI. — J'ai cherché à établir qu'il existe une forme spéciale de paraplégie spasmodique se caractérisant cliniquement par quelques traits distinctifs, entre autres par une contracture en flexion et par des mouvements involontaires qui apparaissent surtout quand on exerce des tractions sur les membres. D'après ce que m'avaient montré les examens anatomiques, j'avais émis l'hypothèse que cette forme de paraplégie était causée par des lésions du système nerveux central (sclérose spinale, néoplasme comprimant la moelle ou le bulbe) n'aboutissant pas à une dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux.

L'observation de faits nouveaux me conduit à préciser davantage ce qui est relatif à ce sujet.

Je me propose donc de dégager une forme de paraplégie spasmodique organique qui n'a pas été suffisamment mise en lumière. Pour en faire ressortir les qualités, je la mettrai en parallèle avec le type clinique décrit par Erb sous la dénomination de paraplégie spastique spinale et sous celle de tabes dorsal spasmodique par Charcot.

Sans me préoccuper ici de la place exacte que ce syndrome doit avoir en nosologie, ce qui constitue une question controversée, je rappellerai seulement qu'il se distingue par les signes suivants : contracture en extension des membres inférieurs, parésie, c'est-à-dire affaiblissement peu prononcé de la motricité volontaire, exagération notable des réflexes tendineux avec trépidation épileptoïde du pied, phénomène des orteils. Ajoutons à cela que ce syndrome peut s'accompagner, d'une manière intermittente, de secousses involontaires des muscles des membres inférieurs, se répétant avec rapidité, mais n'ayant pas pour effet de fléchir les segments des membres les uns sur les autres. De plus, je ferai remarquer que l'excitation des téguments des cuisses ou des jambes par le pincement, l'application de corps froids ou l'électrisation, ne provoque pas de mouvements réflexes exagérés, du moins dans un grand nombre de cas.

Considérons maintenant la forme de paraplégie spasmodique que nous visons. L'attitude des membres inférieurs est bien différente de celle qu'on observe dans le tabes dorsal spasmodique. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes fléchies sur les cuisses; cette flexion est plus ou moins prononcée, suivant les cas, et n'est pas nécessairement symétrique. La contracture en flexion, il est vrai, a été signalée depuis longtemps, mais ce qui, dans l'espèce, lui donne un cachet spécial c'est qu'elle est sujette à des variations fréquentes qui résultent de contractions intermittentes involontaires, souvent douloureuses des membres inférieurs. Ces contractions donnent lieu à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, mais ce sont les fléchisseurs dont l'action prédomine et il y a du reste tout lieu d'admettre que c'est pour ce motif que l'attitude en flexion s'accentue progressivement et tend à devenir permanente. Si j'ajoute que ces contractions sont lentes, on reconaîtra qu'elles diffèrent totalement des secousses qui peuvent agiter les muscles dans le tabes dorsal spasmodique.

Contrairement à ce qui a lieu dans la paraplégie spastique spinale, la motricité volontaire est profondément troublée quand le syndrome est bien constitué, et chez beaucoup de malades elle est complètement ou presque complètement abolie.

Dans la plupart des cas que j'ai suivis, j'ai constaté, au moins à une certaine période, de l'exagération des réflexes tendineux, mais cette exagération n'est pas constante. Elle peut faire défaut depuis le début jusqu'à la fin; il en était ainsi, par exemple, chez la malade qui fait le sujet de l'observation I de mon premier travail, précédemment cité; elle avait été examinée, à maintes reprises, à partir du jour de son entrée à l'hôpital, époque où elle était capable de marcher et n'était pas encore contracturée, jusqu'à la période terminale où la contracture en flexion avait atteint le maximum d'intensité possible. Parfois même, les réflexes tendineux semblent très affaiblis ou abolis, sans que la contractilité électrique des muscles ait subi de perturbation; c'est ce qui a lieu chez la malade que je soumets aujourd'hui à l'examen de la Société et qui est vraisemblablement atteinte de sclérose multiloculaire. Il est vrai que les muscles de cette femme, qui présente à un degré très marqué la forme de para-

plégie en question, sont dans un état de raideur qui rend l'exploration des réflexes tendineux très difficile et il serait, à la rigueur, permis de soutenir que ces réflexes sont simplement masqués. Je dois dire cependant que cette raideur cède en partie par instants et que j'ai pu examiner la malade à de pareils moments, que j'ai eu même l'occasion d'explorer les réflexes pendant le sommeil chloroformique en les recherchant de minute en minute, depuis les premières inhalations jusqu'à la période de relâchement musculaire complet; j'ai pu simplement obtenir, d'un côté, par la percussion du tendon achilléen, un léger mouvement d'extension du pied. Je suis donc convaincu que ce trouble est bien réel et cela est d'autant plus remarquable que cette quasi-abolition des réflexes tendineux a succédé à une exagération accompagnée de clonus du pied, la transformation s'étant opérée petit à petit. Quoi qu'il en soit, ce qui est incontestable, et c'est là un point essentiel, cette contracture n'est pas, comme celle de la paralysie spastique spinale, nécessairement associée à une exagération des réflexes tendineux.

On constate généralement le phénomène des orteils; il en est de même ainsi chez la malade que je viens de présenter et dont les réflexes tendineux paraissent presque abolis. Mais celà n'est pas constant; dans l'observation I de mon premier travail, où les réflexes tendineux n'ont jamais été exagérés, le réflexe cutané plantaire a toujours été normal. Je n'oserais pas affirmer que ce soit là un caractère distinctif d'avec le tabes dorsal spasmodique.

Le réflexe crémastérien et le réflexe abdominal sont parfois abolis.

Quant aux réflexes cutanés que l'on peut provoquer chez certains sujets par le pincement de la peau des jambes, des cuisses et même du tronc, par l'application d'un corps froid sur ces régions, ou encore par l'excitation électrique des téguments, ils sont toujours notablement exagérés. Les réflexes en question peuvent varier dans leur forme et suivant le point sur lequel porte l'excitation et suivant la position du membre, mais ce sont les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe qui le plus généralement prédominent. Ils se produisent aussi quand on cherche par des tractions à corriger l'attitude vicieuse des membres. Ils sont semblables aux mouvements involontaires, en apparence spontanés, dont j'ai parlé précédemment. L'exagération de ces réflexes cutanés constitue peut-être le caractère qui différencie le mieux les deux formes de paraplégie spasmodique que nous mettons en parallèle.

Le lien qui unit l'exagération de ces réflexes cutanés à la forme de contracture que je considère est comparable à celui qui rattache l'exagération des réflexes tendineux à la contracture du tabes dorsal spasmodique : de part et d'autre, pas de contracture sans exagération des réflexes, mais les réflexes, soit tendineux, soit cutanés, peuvent être exagérés, sans qu'il y ait de contracture.

Dans la paraplégie spasmodique dont je viens de décrire les signes les plus saillants, l'anesthésie peut faire complètement défaut; elle existe chez certains sujets à un degré plus ou moins élevé et occupe les membres inférieurs ainsi qu'une partie plus ou moins étendue du tronc, suivant la hauteur de la lésion. D'après les faits que j'ai observés jusqu'à présent, c'est dans les cas où l'anesthésie manque que la contracture en flexion parait atteindre l'intensité la plus grande.

Cette forme de contracture se complique presque inévitablement de rétractions fibro-tendineuses.

Des troubles sphinctériens et des ulcérations sacrées se produisent dans la généralité des cas, du moins à une période avancée de l'évolution de l'affection.

Dans quelles circonstances se développe la forme de paraplégie spasmodique

dont je m'occupe ? Elle peut succéder à une paraplégie flasque liée à une myélite aiguë ; elle est alors fruste, la contracture en flexion n'étant pas très prononcée. Le plus souvent elle apparaît dans le cours d'affections à évolution lente. Ordinairement, elle est précédée par des signes réalisant d'une manière plus ou moins parfaite le syndrome du tabes spasmodique qu'elle tend petit à petit à défigurer et à transformer. Mais, dans certains cas, qui semblent rares, il est vrai, les signes essentiels de la paraplégie spinale spastique font défaut du commencement jusqu'à la fin ; je rappelle, à ce propos, que dans l'observation déjà citée plusieurs fois, où la contracture en flexion avec contractions involontaires avait atteint le summum d'intensité, le réflexe plantaire était toujours resté normal et les réflexes tendineux n'avaient jamais présenté d'exagération manifeste.

Quelles sont les lésions capables de déterminer le syndrome qui fait l'objet de cette étude ?

J'ai déjà dit qu'il peut résulter d'une myélite aiguë, mais en pareil cas ses traits sont peu accentués.

Habituellement, on l'observe chez des sujets atteints soit d'une sclérose spinale diffuse, soit d'une compression de la moelle ou du bulbe par un néoplasme.

Des lésions bilatérales de l'encéphale semblent pouvoir donner naissance à un syndrome analogue.

Les dégénérations secondaires des cordons latéraux peuvent manquer ou être très légères, ainsi que je l'ai fait ressortir dans mon premier travail. C'est même ce que j'ai toujours constaté jusqu'à présent dans les cas où la contracture en flexion avait été très prononcée. Ces dégénérations existent parfois ; les sujets chez lesquels je les ai trouvées n'avaient présenté qu'une contracture relativement modérée.

En résumé, la forme de paraplégie spasmodique que je viens de décrire, sans représenter, tant s'en faut, une espèce nosologique, puisqu'elle peut être liée à des processus anatomiques variés, constitue un type clinique qu'il est permis d'opposer, à certains égards, au syndrome « tabes dorsal spasmodique ». Il y a tout lieu d'admettre que ces deux formes de contracture, qui souvent s'associent partiellement, ont chacune un mécanisme différent : tandis que la contracture en extension du tabes dorsal spasmodique ne peut se réaliser sans que les réflexes tendineux soient exagérés, la contracture en flexion avec contractions involontaires prédominant dans les fléchisseurs nécessite l'exagération des réflexes cutanés (réflexes cutanés de défense).

Avant de terminer, je répète que quand cette forme de contracture en flexion est très intense, ce qui a lieu seulement lorsque l'anesthésie fait défaut ou est très minime, les faisceaux pyramidaux ne sont pas dégénérés ou ne le sont que très légèrement. Si ce n'est pas là une loi, c'est du moins une règle qui ne doit souffrir que peu d'exceptions.

Atrophie musculaire progressive

M. THOMAS. — Voici un cas d'atrophie musculaire à topographie très spéciale qu'il est difficile de faire rentrer dans un cadre bien déterminé.

Par l'absence d'infection et d'intoxication à l'origine, par son début insidieux, par son évolution lente et progressive, la maladie se présente comme une maladie d'évolution, très comparable aux maladies familiales ; mais cet élément étiologique fait défaut chez notre petite malade. J'ai pu examiner les deux

sœurs qui son absolument indemnes et j'ai interrogé les parents avec soin sur leurs ascendants directs et sur les collatéraux; ils n'ont connaissance d'aucun cas semblable dans leurs familles.

La maladie à laquelle on pense tout d'abord, en présence d'un tel complexus symptomatique, est la myopathie. Le début par les membres inférieurs, la participation des muscles du tronc et en particulier de la masse sacro-lombaire, qui donne à la démarche du malade et à la manière de se relever un aspesct si spécial, le début de l'atrophie aux membres supérieurs par la racine du membre (trapèze et deltoïde), la formation de boules au niveau des deltoïdes, tout cet ensemble rapproche la maladie actuelle du type myopathique décrit par Leyden-Mœbius. Par contre, les réactions électriques sont tout à fait différentes de celles qu'on observe chez les myopathiques. La réaction de dégénérescence, caractérisée chez cette enfant par la lenteur de la secousse, l'inversion de la formule, la réaction longitudinale, est plutôt en faveur de l'origine deutéropathique de l'atrophie musculaire, bien qu'elle ait été signalée plusieurs fois chez les myopathiques sur quelques muscles : chez notre malade elle s'observe au contraire dans tous les muscles atrophiés.

Parmi les autres atrophies musculaires de l'enfance, en raison du début insidieux, on ne saurait penser qu'à la maladie de Charcot-Marie ou à la maladie de Werdnig-Hoffmann, ou bien encore à une poliomyélite subaiguë.

Si aux membres inférieurs l'aspect de la jambe est à peu près le même que dans la maladie de Charcot-Marie, l'atrophie déjà manifeste des muscles de la cuisse, des muscles lombaires et des muscles de la racine au membre supérieur, est peu favorable à cette hypothèse, d'autant plus que dans la maladie de Charcot-Marie il est rare que l'atrophie atteigne aussi rapidement un degré si marqué. Au contraire la réaction de dégénérescence plaide en faveur d'une affection de même nature.

Quan tà la maladie de Werdnig-Hoffmann, on ne saurait s'y arrêter; si notre cas s'en rapproche par le début précoce, elle s'en sépare par le début de l'atrophie au niveau de l'extrémité des membres inférieurs; dans la maladie de Werdnig-Hoffmann l'atrophie débute, en effet, par les muscles de la racine des membres; elle a une évolution et une terminaison plus rapides. L'hypothèse d'une poliomyélite subaiguë peut seulement être soulevée, car, à part la réaction de dégénérescence, aucun autre élément ne vient l'appuyer.

En résumé, il s'agit d'un cas assez singulier sur lequel il nous semble impossible de formuler une opinion décisive, mais qui nous paraît présenter un certain intérêt, tout d'abord par son début dans le tout jeune âge et par un mélange de signes qui font penser à la fois à l'origine protopathique et à l'origine deutéropathique de l'atrophie musculaire. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de suivre cette petite malade, et peut-être l'évolution nous permettra-t-elle de préciser le diagnostic.

Un cas d'atonie musculaire congénitale

MM. VARIOT et CHATELIN. — Le tableau clinique réalisé chez cette petite malade semble bien répondre à l'atonie musculaire congénitale d'Oppenheim, affection dont cet auteur a tracé dès le début le tableau clinique à peu près complet.

On sait, en effet, qu'il s'agit d'une maladie congénitale, constatée dans les premières semaines ou les premiers mois, et qui présente, au point de vue éttologique, un certain nombre de caractères négatifs importants, comme c'est le cas dans notre observation : pas d'hérédité nerveuse, syphilitique ou tuberculeuse.

Cliniquement, on se trouve en présence d'une atonie musculaire symétrique et généralisée avec prédominance au niveau des membres inférieurs, puis du tronc, enfin des membres supérieurs.

La face et la musculature oculaire ne sont presque jamais atteintes; accompagnant cette atonie, une laxité ligamentaire qui permet des attitudes d'hyperextension anormale.

C'est cette répartition même de l'atonie que nous retrouvons dans notre cas, avec toutefois cette légère différence que l'atonie est moins marquée à droite qu'à gauche, ce qui tient sans doute à ce fait que les muscles du côté droit présentent normalement une tonicité plus marquée que les muscles du côté gauche.

Même identité du tableau clinique pour les réflexes : réflexes tendineux abolis dans la règle, réflexes cutanés toujours intacts, quoique dans notre cas ces réflexes soient faibles.

De même les sphincters sont intacts, la sensibilité normale dans tous ses modes. L'intelligence absolument normale, l'état général excellent.

L'étude des réactions électriques permet de décrire une réaction myotonique que nous trouvons également réalisée chez notre petite malade.

Excitabilité faradique du nerf et du muscle très diminuée, presque abolie, la malade supportant facilement un courant fort.

Excitabilité galvanique généralement bien conservée, contraction à peu près normale.

DR exceptionnelle.

Sans doute, nous avons dans notre cas, une ébauche de DR, mais celle-ci a été signalée dans quelques autres cas dont le diagnostic n'était pas douteux.

Un caractère important de la maladie d'Oppenheim que nous retrouvons également ici, est qu'elle ne s'aggrave jamais; il y a tendance à l'amélioration spontanée, mais très lente.

Les parents de notre petite malade affirment que la faiblesse est moins marquée à l'heure actuelle qu'il y a un an et nous avons signalé, au cours de l'observation, que l'atonie des muscles de la nuque avait presque disparu.

Tout cet ensemble de symptômes nous permet donc de conclure qu'il s'agit bien ici de l'affection décrite par Oppenheim sous le nom d'atonie musculaire congénitale.

M. G. ROUSSY. — L'observation de M. Chatelin me paraît particulièrement intéressante en ce sens qu'elle semble bien être un exemple de myotonie congénitale, affection rare, surtout en France où, comme il vient de le dire, il n'en a été publié qu'un très petit nombre d'observations. Si mes souvenirs sont exacts, c'est, en effet, le premier cas qui nous est présenté à la Société de Neurologie. Je crois, comme M. Chatelin, que sa petite malade est bien atteinte de myotonie congénitale pour les raisons suivantes : parce que le tableau clinique répond exactement à celui décrit par Oppenheim, et, d'autre part, parce que je ne vois pas à quelle autre affection pourraient appartenir les signes présentés par cette petit malade. Comme il s'agit d'une affection dont la nature même est encore pour ainsi dire inconnue, il me semble qu'il y aurait un grand intérêt à pratiquer, si possible chez notre malade, une biopsie qui viendrait ainsi porter une contribution importante à l'observation clinique qui nous est présentée. Jusqu'ici, en effet, les examens anatomiques n'ont été que rarement pratiqués et, comme vient de le dire M. Chatelin, ils n'ont donné que des résultats assez disparates.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les délires d'imagination

par DUPRÉ et LOGRE

Sous le nom de délires d'imagination, nous désignons des délires intéressant, d'une manière élective, l'imagination, non seulement reproductrice, mais créatrice. On sait que cette activité créatrice résulte de l'association spontanée des images et des idées, aboutissant à ses combinaisons nouvelles. Ces combinaisons, plus ou moins adéquates à la réalité, présentent des produits subjectifs, autogènes, de l'esprit, des synthèses originales, dont l'orientation exprime les tendances personnelles du sujet, et dont la complexité est proportionnelle à l'abondance et à la mobilité des matériaux psychiques. En fait, on pourrait montrer que l'imagination prend part à la formation de tous les délires même des éléments fictifs, ajoutés à la réalité et qui constituent la création personnelle du sujet. Mais si l'on envisage le mode d'éclosion du délire, on reconnaît que, selon les cas, l'erreur s'impose à l'esprit, soit à la suite de perceptions ou de raisonnements pathologiques, soit en vertu d'un processus immédiatement et entièrement imaginatif. C'est cette différence de mécanisme dans la formation du délire qui permet de décrire à part, à côté des délires hallucinatoires et des délires interprétatifs, les délires d'imagination.

Une comparaison entre les diverses variétés de délires fera mieux saisir ce qu'il convient d'entendre par délires d'imagination.

Dans les délires *hallucinatoires* proprement dits, tels que le délire alcoolique, le trouble prépondérent est un trouble de la *perception*. La perception s'exerce, en quelque sorte, à vide. Le sujet accepte, en tant que perception, avec croyance, à l'extériorité des impressions en réalités purement subjectives. En pareil cas, le trouble de perception une fois posé, le délire en découle directement par voie de *constatation immédiate*. Pour expliquer, sinon l'essence même, du moins la formule du délire, il n'est pas nécessaire de faire intervenir d'autres troubles du raisonnement et de l'imagination que ceux qui peuvent être enfermés dans l'acte synthétique de la perception.

Le délire *d'interprétation* suppose un trouble localisé, en quelque sorte, à une étape plus avancée des opérations mentales progressives qui s'échelonnent depuis la perception simple jusqu'aux états de croyance et de certitude les plus complexes. L'erreur de l'halluciné était d'ordre perceptif; elle portait sur la première des opéra-

tions de la connaissance. Chez l'interprêtant, au contraire, la perception est exacte; l'esprit du malade reste ouvert sur le monde extérieur. L'observation des faits lui est possible et il s'y complaît. Mais, dès qu'il s'agit d'interprêter ces faits, d'étudier leurs rapports, d'établir leur signification conformément aux principes de la logique alors la déviation apparaît. La dialectique du sujet n'est nullement diminuée dans son activité; elle est pervertie dans sa qualité. Il s'agit d'un état, non de débilité mais de déséquilibre des facultés logiques. De même que l'halluciné était atteint, à certains égards, de suractivité sensorielle, l'interprétant est, pareillement, atteint de suractivité logique: il se montre non seulement grand observateur, mais grand raisonneur; il a le besoin de la démonstration, le souci de l'enchaînement logique des idées, et pousse à l'excès l'art des conclusions subtiles. Il procède par perpétuelle induction ou déduction, en un mot, par *inférence*.

L'imaginatif montre un égal dédain des constatations sensorielles et des propositions logiques. En dehors de toute expérience et de tout raisonnement, l'idée excluse dans son esprit aboutit directement à la croyance. Il procède par intuition, par invention, par *auto-suggestion*. Le point de départ de son erreur n'est pas la notion d'un fait extérieur, exact ou inexact, source d'un raisonnement incorrect, ou résultat d'une perception fausse, mais une fiction d'origine endogène, une création subjective. Le malade réalise d'emblée ses associations d'idées. L'interprétant procédait en savant, l'imaginatif procède en poète. Le délire imaginatif, il est vrai, se développe fréquemment à l'occasion et sous la sollicitation de faits extérieurs; mais alors l'idée pathologique n'est pas conçue comme le résultat nécessaire, comme la conséquence logique du fait observé. Elle n'est pas extraite de l'expérience par voie d'induction ou de déduction; elle est improvisée par l'activité créatrice du sujet. Le roman s'ajoute à l'observation des faits, il n'y est pas contenu comme la conclusion est contenue dans les prémisses et la réalité ne fournit à l'esprit que le thème sur lequel l'imagination exécute, à sa guise, des variations plus ou moins fantaisistes, et entièrement personnelles.. Même lorsque l'imaginatif fait appel aux ressources de la perception et du raisonnement, c'est à titre accessoire et épisodique: il ne considère pas ces données comme les éléments nécessaires de son système. Le fondement de la croyance est chez lui tout différent: tandis que chez l'halluciné ou l'interprétant, la croyance ne peut naître et se développer sans l'intermédiaire obligé des données sensorielles et logiques, chez l'imaginatif, la croyance surgit d'emblée et sans contrôle. A la pratique de l'observation et du raisonnement se substituent le libre jeu des associations d'idées, l'habitude des intuitions directes et le besoin de l'évidence immédiate.

Il est bien entendu d'ailleurs que cette distinction entre les délires

hallucinatoire, interprétatif et imaginatif, que nous venons de faire pour les besoins de l'exposition est une distinction artificielle et schématique. Entre ces délires, il existe, en fait, un grand nombre d'éléments communs et de termes de transition; et, d'autre part, les associations les plus diverses et parfois les plus complexes sont, non seulement possibles, mais encore fréquentes.

Quelle que soit sa forme, le délire une fois éclos, ne cesse de s'entretenir et de s'accroître selon le mécanisme psychologique qui a présidé à son apparition. L'interprétant consolide continuellement son système à l'aide des faits et des relations qu'il observe; l'imaginatif enrichit sans trêve son roman de fables qu'il invente. Le diagnostic clinique de délire imaginatif a précisément pour repère décisif, pour critérum, la constatation immédiate de la création imaginative sous la forme de la *fabulation extemporanée (plözliche fabulation* de Bonhoeffer), qui permet de saisir, pour ainsi dire, en flagrant délit, le processus caractéristique du délire d'imagination.

La tendance à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation, que l'un de nous à désignée sous le nom de mythomanie représente le terrain de déséquilibre imaginatif sur lequel se développe électivement le délire d'imagination.

Le mythomane, en même temps que menteur, est, d'ordinaire, crédule. L'altération de la notion de la vérité, qui se trouve à l'origine de la mythomanie, peut être non seulement volontaire et consciente, mais encore involontaire et inconsciente. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une erreur d'imagination; mais dès que, chez le déséquilibré, l'erreur d'imagination se transforme en délire d'imagination, c'est-à-dire quand le sujet passe d'une conception fausse ou fantaisiste isolée (1), à l'édification d'un ensemble de croyances systématique et durable, alors la frontière qui sépare le normal du pathologique est franchie et le malade entre dans l'aliénation. Et ce délire n'est le plus souvent que l'exagération de l'état mythopathique constitutionnelle du sujet.

Le délire d'imagination peut se rencontrer, soit *à l'état relativement isolé,* comme une forme particulière des délires de persécution, d'hypochondrie, etc., et surtout de grandeur, soit à *titre de syndrôme associé,* et plus ou moins contingent, au cours des psychopathies les plus diverses.

Le délire d'imagination, en tant que forme clinique nettement isolée, pure de tout élément symptômatique étranger, est, plus encore peut-être que les délires hallucinatoire et interprétatif d'observation clinique assez rare. Très fréquemment au délire imaginatif

---

(1) Cf. Miss FRANTZ MULLER. Quelques faits d'imagination créatrice subconsciente. (*Archives de Psychologie*, juin 1905.)

s'ajoutent quelques épisodes hallucinatoires ou des tendances, plus ou moins marquées, à l'interprétation. En effet, pour ajouter foi, directement, par auto-suggestion, aux idées spontanément apparues dans la conscience, et pour conserver et organiser cette croyance au point de constituer un délire véritable, dénué de tout semblant de vérification objective, il faut un manque de critique notoire, une infériorité du contrôle intellectuel très accusée. En fait, lorsque le sujet présente un délire d'imagination cohérent et durable, la fabulation se complique et se renforce presque toujours d'illusions, d'interprétations ou de représentations mentales vives. Bref, toute l'activité psychique est intéressée dans le processus morbide. En clinique, on observe beaucoup plus fréquemment que le délire d'imagination, la fabulation simple (1), c'est-à-dire l'affirmation, dans le passé, le présent ou l'avenir, d'événements fictifs et de situations chimériques, le récit de romans et d'aventures. On constate d'ailleurs toutes les transitions entre cette fabulation épisodique, variable dans son contenu, et le délire d'imagination systématisé.

Une autre cause contribue à diminuer la fréquence du délire imaginatif : c'est l'interrogatoire du malade par le médecin. Tel malade qui, spontanément se contenterait d'affirmer son délire comme une intuition directe de sa conscience et qui n'est pas, en réalité, un raisonneur d'habitude, mais un raisonnenr d'occasion, prend, au contraire, les apparences d'un interprétant, lorsque, pour répondre aux questions et aux objections de son interlocuteur, il cherche à justifier en fait et en raison son système délirant. Il y aurait, sans doute, moins d'interprétants et plus d'imaginatfs si le médecin ne pratiquait jamais qu'un minimum indispensable d'interrogatoire et laissait le malade entièrement libre de révéler, par ses propos, le cours naturel de sa pensée et le mécanisme de son délire. Il en est, à certains égards, du délire d'interprétation comme de l'hystérie : dans bien des cas, il semble dû, au moins pour une large part, à la collaboration du malade et du médecin.

Isolé, le délire d'imagination se rencontre, dans la majorité des cas, chez les débiles. *Associé*, il s'observe de préférence chez les confus et chez les déments.

Fréquemment, les *bouffées délirantes* des débiles (1), revêtent la forme du délire d'imagination. Il s'agit ordinairement d'idées de persécution ou d'hypocondrie, et le plus souvent encore, de *grandeur*. Ces délires niais, puérils, absurdes, simulent parfois à s'y méprendre ceux de la paralysie générale; ils sont systématisés,

(1) A. PICK. Zur Psychologie der Confabulation 8. p. ext. *Neur. Centralbl.*, 1905, n° 11.

(1) ARNAUD, in Gilbert Ballet. *Traité de Pathologie mentale*, p. 488, sqq. — GARNIER. La folie à Paris. — MAGNAN. Leçons cliniques.

polymorphes, souvent très pauvres en éléments hallucinatoires et interprétatifs.

On peut voir les délires d'imagination s'organiser plus complètement, se fixer, évoluer vers la chronicité, en s'enrichissant chaque jour d'une quantité parfois énorme de fables nouvelles. Mais, en pareil cas, il est rare que le sujet soit entièrement inconscient de sa fabulation. Le malade joint le mensonge à l'erreur involontaire. Il représente alors, le plus complètement, le type du mythomane, dont la constitution antérieure s'est exagérée jusqu'au délire. Un certain nombre de persécuteurs familiaux et filiaux, de grands personnages imiginaires, étudiés par MM. Sérieux et Capgras (1), peuvent être rangés dans cette catégorie.

C'est, en ffet, surtout chez les mégalomanes (2), chez les réformateurs, chez les mystiques, etc., que de tels délires se manifestent. « L'imagination, disait Renan, est encore plus proche parente du désir que de la crainte ». Et, le désir aidant, le sujet invente abondamment, intarissablement, les circonstances les plus flatteuses pour son orgueil, des scènes de glorification et d'apothéose.

Il est un cas où le délire peut se systématiser plus fortement et avec plus d'apparence logique. C'est lorsque l'imagination du sujet aboutit à la création des faits extérieurs, d'œuvres qui constituent pour lui le témoignage irrécusable de sa grandeur et de son génie. Il y a, dès lors, justification objective du délire, et possibilité de systématisation logique autour d'un fait extérieur. C'est le cas, notamment, des Inventeurs (3). Ils conçoivent des élucubrations plus ou moins absurdes dont ils sont les premières dupes, et ces soi-disant inventions deviennent, pour eux, le fait objectif qui motive et légitime leurs prétentions. Dans cette situation pathologique complexe, où un produit de l'activité imaginative apparaît aux yeux du malade comme le fondement objectif d'une systématisation délirante, on constate un terme de passage, ou plutôt une combinaison entre les deux ordres d'activités délirantes, imaginative et interprétative. Souvent aussi ces malades deviennent, par une évolution classique, des méconnus, des revendicateurs et des persécuteurs.

Les délires d'imagination peuvent s'associer à un grand nombre de psychoses et de syndrômes.

Dans les *états d'excitation et de dépression*, la fabulation et le délire d'imagination ne sont pas rares. Sans doute, dans les états de dépression, l'activité créatrice est, le plus souvent, inhibée. Tou-

---

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. *Le délire d'interprétation*, p. 161, et *Encéphale*, 1910, n°s 2 et 4 : Les interprétateurs filiaux.

(2) C. ARNAUD, in GILBERT BALLET. *Traité de Pathologie mentale*, p. 508.

(3) Délire des Inventeurs : Thèse de DELARRAS, Bordeaux 1903, et : Les Inventeurs : Thèse de GÉNIÈS, Bordeaux 1908.

tefois, chez certains déprimés *auto-accusateurs* (1), le roman pathologique témoigne d'une grande richesse imaginative et a pu parfois en imposer aux magistrats eux-mêmes. Les auto-accusations de ces malades, le récit de leurs fautes passées ou la description de leurs supplices futurs sont souvent remarquables par l'abondance et la précision des détails. La fabulation n'est alors que la projection immédiate, au dehors, d'un état affectif. En somme, la plupart du temps, le délire mélancolique représente un délire d'imagination, comportant le maximum de croyance et de sincérité de la part du malade, et dans la genèse duquel n'intervient souvent qu'un minimum d'éléments de perception ou de raisonnement. L'un de nous (2) disait, à propos de la pathogénie du délire mélancolique, que « tandis que, chez l'individu normal, c'est la faute qui engendre le remords, chez le mélancolique, c'est l'état d'esprit de remords qui engendre l'idée de la faute ». C'est la mise en jeu directe de l'imagination créatrice par le trouble du sentiment qui réalise cette genèse de l'idée d'auto-accusation.

Dans les états de grande *agitation maniaque*, ou bien l'accélération et le désordre des processus psychiques sont intenses, et alors la suite des images et l'enchaînement des idées sont trop troublés pour permettre l'édification d'un délire; ou bien, au contraire, dans les états *hypomaniaques*, l'excitation psychique est compatible avec la sériation logique des éléments de l'activité intellectuelle, et alors on peut, chez certains individus, observer une forme imaginative de l'hypomanie, dans laquelle l'effervescence des idées se manifeste par le débit de fables et l'invention de romans plus ou moins riches et bien agencés. Il s'agit alors, le plus souvent, comme l'ont judicieusement indiqué MM. Deny et Camus (3), de mythomanes dont les aptitudes constitutionnelles sont mises en jeu par la manie intercurrente.

De même, dans certains *états d'excitation ébrieuse*, que l'ivresse soit due à l'alcool, au haschich, à l'opium etc., la suractivité intellectuelle favorise, chez le prédisposé, la manifestation des processus mythopathiques, le plus souvent d'ordre mégalomaniaque.

Dans les états si variés et si complexes que l'on désigne sous le nom de *confusion mentale*, l'onirisme est d'ordre hallucinatoire, non proprement imaginatif. Aussi, est-ce surtout dans les cas de *confusion légère*, tendant ou non à la chronicité, que la fabulation se donne libre cours. L'éthylique subaigu ne fabule pas, il rêve. Mais, si l'état morbide, à son déclin ou d'emblée se traduit par le syndrôme de Korsakoff, alors, la confusion étant d'ordinaire

(1) DUPRÉ. Les auto-accusateurs, Grenoble 1902.
(2) DUPRÉ. Les auto-accusateurs.
(3) DENY et CAMUS. Folie maniaque-dépressive.

moins aiguë et moins profonde, l'automatisme mental peut aboutir à la *fabulation;* ainsi s'élabore, dans certains cas, un véritable *délire d'imagination post-onirique.* L'activité créatrice du sujet reprend en l'enrichissant les éléments du délire toxique, ou construit de toutes pièces un délire nouveau. La *rêverie fabulante* a fait suite, par la dégradation progressive et naturelle, *au rêve hallucinatoire.* Et il est souvent très difficile de faire la distinction, dans le tableau clinique, entre les éléments du délire hallucinatoire antérieur et du délire imaginatif actuel. Il arrive aussi fréquemment que, chez ces malades, l'idée délirante imaginative s'installe d'emblée, sans onirisme préalable: la rêverie fabulante n'a pas été précédée de rêve hallucinatoire. Ces cas, trop souvent confondus avec le délire post-onirique, relèvent uniquement du délire d'imagination (1) Même lorsque le malade paraît, avec le plus de netteté raconter le souvenir d'un rêve, il est parfois possible, par l'étude attentive et continue des accidents, surtout si on les observe à leur début, de s'assurer que, ni au moment où le sujet reporte dans le passé la scène fantastique, ni à aucun autre moment, *il n'a pu rêver* les péripéties de son délire: il les improvise entièrement, au cours et, souvent aussi, sous la suggestion de l'interrogatoire (2).

Parmi les *démences,* ce sont surtout les démences avec euphorie et excitation intellectuelle plus ou moins accusée qui favorisent l'éclosion des délires d'imagination. Dans la *démence sénile,* qui s'accompagne assez fréquemment d'un léger degré d'euphorie, on peut voir se révéler un état mythopathique, souvent constitutionnel, qui marque, par certains côtés, un retour de l'imagination aux conditions psychologiques de l'enfance. La trame de la fabulation est, d'ordinaire, formée essentiellement par les souvenirs anciens, les mieux conservés. Il s'agit de *fabulation paramnésique.* C'est ce syndrôme de la fabulation relié à l'amnésie de fixation, syndrôme commun aux confusionnels et démentiels, qui confère à la *presbyophrénie* de Kahlbaum, son principal intérêt nosologique et clinique.

Dans les lésions organiques du cerveau, ramollissements, tumeurs, abcès, dans certaines lésions médullaires, telles que la syringomyélie(3), des troubles de l'imagination peuvent se manifester: ils se caractérisent souvent par les symptômes de l'état mental particulier que l'un de nous a décrit sous le nom de *puérilisme mental.*

Dans la *paralysie générale,* le pouvoir de contrôle est réduit au

---

(1) RÉGIS. *Manuel de Psychiatrie.* KLIPPEL et TRÉNAUNAY. *Revue de Psychiatrie,* 1900 et 1901.

(2) Voir, à ce sujet, les observations d'auto-accusation chez les alcooliques dans : DUPRÉ. *Les Auto-accusateurs,* p. 66, s.q.q. et notamment p. 79.

(3) LHERMITTE et GIUCCIONE. De quelques symptômes et lésions rares dans la syringomyélie. (*Encéphale,* 1910, n° 3.)

minimum. Par contre, l'exaltation des processus imaginatifs est portée à son comble. Il en résulte une fabulation désordonnée et fantastique, énorme, poussée jusqu'à l'impossible, jusqu'à l'absurde. Et, ce que cette fabulation gagne en exubérance, elle le perd en systématisation : elle est d'ordinaire complètement dénuée d'enchaînement et de cohérence. C'est seulement dans la *période prodromique* de la maladie que la fabulation peut comporter assez de suite et de tenue pour aboutir à l'élaboration d'un véritable délire imaginatif. La plupart des délires de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur, chez le paralytique général, résultent de la mise en branle de l'imagination. C'est ce que montre la conversation avec les paralytiques généraux dont on peut souvent, à volonté, provoquer, orienter et modifier le délire. Ici, comme toujours, la suggestibilité du sujet va de pair avec ses aptitudes mythopathiques.

De même, dans certains cas de *délire polymorphe chronique, à évolution démentielle*, présentant d'ailleurs d'étroites affinités avec les délires des débiles, on peut rencontrer des délires d'imagination ; et, à une période avancée de la maladie, quand on ne distingue plus que des lambeaux d'idées délirantes, le diagnostic est parfois délicat entre une fabulation véritable, d'expression contournée et bizarre, et le wortsalat proprement dit. On peut observer, en pareil cas, une période de transition, où l'imagination des idées se rétrécit peu à peu et disparaît pour faire place uniquement à l'imagination des mots.

Il est un syndrôme qui entretient avec les faits dont nous nous occupons les relations les plus étroites : c'est l'*hystérie*. L'hystérie, qui relève de l'hétéro et aussi de l'auto-suggestion, c'est-à-dire de l'imagination, est d'essence mythopathique (1). Comme chez le mythomane, la crédulité et le mensonge voisinent intimement chez l'hystérique et s'emmêlent en un complexus souvent inextricable. Quand la mythomanie se manifeste dans *l'ordre des faits pathologiques*, quand le sujet s'auto-suggère des maladies qu'il n'a pas en réalité, mais dont, par l'effet de l'imagination créatrice objectivée, il arrive à reproduire, dans la mesure du possible, les symptômes extérieurs, somatiques, alors l'hystérie est constituée. De ce point de vue, on peut définir l'hystérie : la *mythomanie des syndrômes pathologiques*. Cette fabulation de symptômes peut être consciente, et c'est la simulation, ou inconciente, et l'hystérie représente alors un véritable délire d'imagination.

Dans l'ordre des syndrômes pathologiques, qui constituent le domaine propre de l'hystérie, le délire d'imagination jouit, en

---

(1) Voir HARTENBERG. *L'hystérie et les hystériques.*—

quelque sorte, d'une situation privilégiée: *l'objet de la fabulation est le sujet lui-même,* et celui-ci peut, en même temps qu'il imagine les symptômes, les réaliser directement sur sa personne, et avec son corps; selon le processus psycho-somatique d'extériorisation sur lequel Ribot a insisté dans son étude sur l'imagination créatrice, il peut se composer, à son gré, consciemment, les attitudes pathologiques objectives en rapport avec les représentations mentales qui ont frappé son esprit, et qui, surtout, lui paraissent de nature à impressionner l'imagination d'autrui. L'un de nous à déjà insisté sur le *pouvoir psycho-plastique* qui est un des traits caractéristiques de l'hystérie (1).

De ces faits, il convient de rapprocher le vaste chapitre des *folies collectives,* où l'imagination joue un rôle capital et constant.

Tels sont, brièvement résumés, les principaux syndrômes dans lesquels se manifeste, à un degré plus ou moins prépondérant, le delire d'imagination.

Est-ce que ce délire, lorsqu'il s'isole avec une netteté suffisante, peut prétendre à constituer une entité clinique légitime? Nous ne le croyons pas. Qu'il s'agisse de délire hallucinatoire, de délire d'interprétation, de délire d'imagination, les troubles observés, dans ces différents ordres d'activité psychique, ne représentent nullement l'essence même du délire. Si le malade perçoit à faux, interprête à faux, imagine à faux, c'est en vertu d'une partialité évidente. C'est dominé par son anxiété, sa méfiance ou son orgueil, c'est sous l'influence du sentiment qui l'aveugle que le malade perd la notion du réel, au point de devenir pour son entourage un étranger, un aliéné. Bref, ce sont les *troubles de l'affectivité* qui figurent à l'origine de tous ces délires. Et, si la perception, le raisonnement, l'imagination sont, dans une cas donné, sollicités d'une manière prépondérante, et parfois exclusive, par le processus morbide, c'est que la fonction atteinte représente, chez le sujet considéré, le mécanisme de moindre résistance dont le sentiment a, en quelque sorte, faussé les rouages pour imposer l'erreur à l'esprit .Il peut y avoir des délires d'orgueil, de méfiance, etc. Il n'y a pas, à proprement parler, de délire d'imagination existant à l'état d'entité clinique.

Mais, qu'un mécanisme intellectuel déterminé contribue électivement à la formation d'un délire, toujours foncièrement affectif, c'est là un fait qui peut présenter une haute importance clinique. Cette *différence de réaction* spécifie, en effet, une *différence de terrain.* Et, si le mécanisme du délire ne suffit pas à définir une entité morbide ,il peut, par contre, suffire à individualiser une *forme clinique.*

Selon que, dans un cas donné, tel ou tel déséquilibre, celui du

(1) DUPRÉ. *Mythomanie.*

raisonnement ou de l'imagination, par exemple, est plus particulièrement en jeu, on conçoit qu'il en résulte de notables différences dans la formule, l'évolution, les conséquences médico-légales et même la thérapeutique du délire.

Tandis que, le délire d'interprétation formé grâce à la complicité de l'activité raisonnante présente ordinairement les caractères de stabilité, de précision, de limitation, de systématisation, qui sont propres à l'exercice des facultés logiques, les délires d'imagination sont, au contraire, dans leur formule, le plus souvent variables et polymorphes, mal systématisés ; ils sont, dans leur évolution, moins réguliers, et parfois aussi moins tenaces : le délire se développe avec plus de liberté et de fantaisie, au gré de l'inspiration du moment, au lieu de s'ordonner avec la rigueur et la fixité d'une construction logique. Les réactions médico-légales sont d'ordinaire moins fécondes en tentatives dangereuses, méditées et préparées de longue date, telles qu'on les observe si fréquemment au cours du délire d'interprétation. L'imaginatif est, en général, moins dangereux par ses actes que par ses paroles, moins redoutables par ses violences que par son faux témoignage. En thérapeutique, enfin, la suggestibilité habituelle du sujet porte en elle-même, dans une certaine mesure, son propre remède, et la persuasion peut tenter, parfois efficacement, de combattre les effets de l'auto-suggestion.

Comparé, dans sa signification nosologique, au délire d'interprétation, le mode d'activité délirante de l'imaginatif semble répondre à une moins grande validité cérébrale, à plus de faiblesse constitutionnelle ou acquise. Aussi l'observe-t-on de préférence, chez les débiles et chez les déments.

Enfin, un caractère commun à presque tous les délires d'imagination, surtout lorsqu'ils ne relèvent pas d'un precessus démentiel, est de présenter un mélange assez déconcertant de sincérité et de simulation, de naïveté et de duplicité, qui spécifie bien le terrain mythopathique, sur lequel ont évolué les troubles psychiques. Le délire d'imagination n'étant, d'ordinaire, que l'exagération pathologique de la mythomanie constitutionnelle, peut encore être désigné, pour ce motif, sous le nom de *mythomanie délirante*.

La Scatophilie

par le Dr CHARLES BLONDEL

—

Nous apportons ici une observation de perversion sexuelle, dont les modalités cliniques valent, croyons-nous, par elles-mêmes, d'être

au moins signalées et qui est, peut-être, susceptible de donner lieu à quelques considérations nosologiques et pathogéniques intéressantes :

A.... est un grand débile de 34 ans. Son père, instituteur dans le Sud-Ouest, mort à 75 ans d'une affection cardiopulmonaire, était d'un caractère violent. Sa mère, âgée de 71 ans, serait, paraît-il, douce et gaie ; son niveau mental est en tous cas fort peu élevé. Elle a eu six enfants : quatre sont morts, dont trois en bas âge et une fille, à 22 ans, de péritonite. Son fils aîné, âgé de 37 ans, instituteur à Paris, est bien portant, mais très emporté : il va bien, lorsque rien ne le contrarie.

Son fils cadet, notre malade, n'aurait rien présenté de particulier durant l'enfance. De 5 à 17 ans, il fréquenta l'école primaire, puis de nombreux lycées ou collèges, car il ne se plaisait nulle part. Son instruction est rudimentaire : il reconnaît, car il est fort modeste, n'avoir obtenu son certificat d'études que par commisération. S'il a gardé quelque souvenir des rudiments inutiles du latin, en revanche, en histoire, en géographie, en calcul, il se montre extrêmement faible. Une otite gauche, survenue alors qu'il avait 17 ans, lui suscita des difficultés quand il voulut s'engager pour quatre ans. Il y parvint cependant et fit son service dans une garnison voisine de sa famille. Son défaut d'initiative l'empêcha de passer caporal. Secrétaire auxiliaire du major, il ne donna pas satisfaction. Il s'embusqua enfin quelque temps comme planton auxiliaire de la bibliothèque des officiers. Fréquemment puni pour négligences et fautes dans le service, il s'attira en particulier quinze jours de prison pour avoir imaginé de signer du nom d'une personne étrangère à l'armée une lettre de réclamation en sa faveur. Il obtint néanmoins son certificat de bonne conduite et quitta l'armée en novembre 1898. Il fit alors pendant deux ans le service de facteur intérimaire dans son pays ; il tenta entre temps du chemin de fer et fut homme d'équipe à la gare d'Austerlitz, mais n'y demeura que dix jours : il languissait. Nommé enfin facteur à Paris, en octobre 1900, il permute avec un facteur de Montchéry, est envoyé en disgrâce à Saint-Chiron, s'ennuie, demande sa mise en disponibilité en prétextant des raisons de famille, reste seize mois chez lui à aider sa mère aux soins du ménage, cherche du travail à Toulouse, fait quelque temps l'homme de peine à Choisy-le-Roi et est enfin réintégré, comme trieur et distributeur d'imprimés, dans un bureau de Paris, où ses chefs ne seraient pas trop mécontents de lui.

Ainsi la débilité de notre malade s'est marquée tout au cours de son existence par les insuffisances de l'écolier, l'incapacité du soldat, les incertitudes de l'homme fait. Comme beaucoup de débiles, A... est un très bon fils : il a pour sa mère, dans l'intimité de laquelle

il a vécu et vit encore constamment, un véritable culte dont nous auront tout à l'heure à approfondir les étranges conséquences. Il a reçu une éducation très religieuse et cette éducation n'a pas été, sinon sans influencer l'orientation de ses troubles morbides, du moins sans leur communiquer quelque chose de sa couleur.

Le malade n'est venu que deux fois nous consulter dans le service de notre maître, le Dr Deny, qui avait bien voulu nous le confier, et il ne nous a été permis d'avoir avec lui qu'une seule conversation sérieuse et prolongée. Sans doute ainsi avons-nous pu obtenir seulement l'essentiel et non pénétrer le détail de son état mental. La profondeur de sa débilité nous laisse heureusement la liberté de croire que le mal est moins grand qu'il ne paraît et que nous n'en aurions guère tiré davantage, sinon en substituant notre pensée à la sienne. Il semble, en effet, assez malléable: toute question le frappe par sa justesse et son bien-fondé, alors même qu'il se contente de la commenter et la laisse ensuite sans réponse.

A... pourrait au premier abord passer pour un simple hypochondriaque: il se plaint, en effet, vivement et longuement de dyscénesthésies, particulièrement céphalique et génitale. Mais aussitôt son attention, attirée sur le mental, les troubles se révèlent en ce domaine beaucoup plus nombreux, importants et caractéristiques. Il a toujours été scrupuleux et, dès son enfance, ses scrupules se sont orientés sur sa mère, qui était bonne pour ses enfants, tandis que le père était dur. Depuis 1902, ses scrupules n'ont fait que croître et sont devenus de véritables, singulières et inintelligibles obsessions. C'est ainsi que sa mère « comptait deux », c'est-à-dire répétait deux fois les invocations dans ses prières, alors que son père les répétait trois fois. Vu son attachement pour sa mère, il l'a imitée en ses oraisons et le chiffre deux a pris graduellement une extrême importance à ses yeux. Quand il fait une chose qui peut se nombrer, « il lui semble qu'il compte deux, et qu'il l'attribue à sa mère » et, ce faisant, il est préoccupé, car il a peur de lui vouloir du mal. Il souhaiterait de tout faire comme elle: quand il lit une adresse, par exemple, il lui semble qu'elle ne mettrait pas le même temps à la lire, qu'elle ne la lirait pas de la même manière et, en même temps qu'elle sait qu'il la lit autrement qu'elle n'aurait fait. Il la lit une seconde fois et, c'est plus fort que lui, il « attribue en mal » la chose à sa mère. Il y a une manière de regarder les adresses par laquelle il lui semble vouloir du mal à sa mère. Fixe-t-il une personne dans la rue? Il s'imagine qu'elle croit qu'il la regarde pour lui donner à entendre qu'il veut du mal à sa mère, qu'il se plaît à lui faire du mal. Pour vérifier la nature de ses sentiments ,il se représente volontiers maltraitant sa mère ou son frère, les frappant par exemple ou leur tirant des coups de revolver; mais, quand c'est à son frère qu'il en a,

l'image de sa mère s'interpose et c'est à elle qu'il se voit, en réalité, en train d'asséner les coups qu'il destinait à un autre.

D'autres troubles de même nature, mais que rien ne relie aux précédents, se révèlent à l'interrogatoire. « Dans son esprit il se fait, dit-il, un tas d'idées sur un tas de choses ». Contentons-nous de deux exemples: Un jour, il trace des lignes sur une vitre; il y en a une qui « ne lui va pas ». Il l'efface, mais cette correction demeure insuffisante: la forme du trait par rapport aux autres gêne « son esprit et sa vue ». Une nuit, il aperçoit sur le tapis un grain de poussière qui le gêne, l'empêche de dormir. Il l'enlève, mais comme il y en a plusieurs, il lui semble ne pas avoir enlevé le bon. Celui-là seul le gêne, les autres le laissent indifférent: pourquoi ? il ne sait: peut-être la manière dont il était disposé, dont il adhérait au tapis, sa place même. Il aurait voulu le voir ailleurs. Il reste au lit et se représente enlevant le grain de poussière à la pointe d'un couteau: dans son esprit c'est alors comme s'il l'avait réellement enlevé.

Sans doute ces troubles sont intéressants. Ils présentent un tel caractère d'inintelligibilité, d'irréductibilité aux cadres de notre pensée et de notre langage, il s'y décèle une si flagrante indifférence aux principes fondamentaux de notre logique et au principe d'identité par exemple, qu'ils sembleraient prêter à d'utiles considérations sur la nature prélogique des représentations obsédantes. Malheureusement la débilité de notre malade est telle qu'elle enlèverait aux yeux de beaucoup une grande partie de sa valeur à pareille démonstration. Aussi ne la tenterons-nous point à son occasion.

Mais les hasards de l'interrogatoire nous ont amené à recevoir de A... des confidences qui vont retenir exclusivement notre attention, maintenant que nous connaissons bien à qui nous avons à faire.

Grand masturbateur, du seul rapport sexuel normal qu'il a eu dans sa vie, il n'a pas tiré beaucoup de satisfaction. Trois ou quatre autres fois, des femmes lui ont fait, dit-il, sans plus, des saletés, dont on devine aisément la nature, vu le prix d'il y pouvait mettre ,et qui ne lui ont pas davantage causé de forte impression. Ce n'est pas que le sexe lui soit indifférent, mais il lui porte, comme nous allons voir, un intérêt assez particulier. Quand il fixe une femme dans la rue, il se figure que les gens le regardent de travers « dans leur intérieur ». La nuit dernière, un scrupule de même ordre l'a empêché de dormir: n'avait-il pas regardé deux fois une jeune passante avec « des instincts mauvais »? C'est qu'il a eu « deux vents » au moment de son passage et la grande question est de savoir s'il l'a vue avant ou après les avoir eus. S'il l'a vue avant, le cas est grave, car c'est alors son « instinct bestial » qui l'a poussé. Ses explications restent longtemps inintelligibles, jusqu'à ce qu'enfin il avoue prendre plaisir à faire des vents, quand passe une femme attrayante.

Le cap est doublé maintenant et il va tout dire: en se masturbant il pense aux excréments, se figure les sentir, s'imagine en avoir aux parties et voir des organes génitaux et des croupes de femmes souillés de matière. Il y a plus: il lui est arrivé de déféquer dans un papier, de le placer dans sa chambre, de se mettre à la fenêtre et de se masturber en regardant passer les femmes, cependant que l'enivrante et délicieuse odeur se répandait autour de lui. Il avoue également se complaire à la pensée de petites filles. Mais la discrète évocation du sadisme et du masochisme le remplissent d'étonnement et de dégoût.

En tout ceci A... est-il sincère? C'est une question qu'il faut toujours se poser en pareil cas et qui mérite ici d'autant plus de l'être que nous l'avons vu se comporter au régiment en débile mythomane. Nous inclinons cependant à admettre sa sincérité. L'inquiétude où il est de son état, une obscure conscience des rapports de ses obsessions et de sa perversion sexuelle l'ont graduellement conduit à nous faire ces confidences. Depuis il s'est apparemment ressaisi, a eu honte de ses aveux et n'a plus reparu. C'est ainsi que certains détails manqueront probablement toujours à son observation, faute d'avoir pu être obtenus à un premier entretien, et que, par exemple, nous ne saurons sans doute jamais à quelle occasion s'est pour la première fois manifestée sa perversion sexuelle.

Nous ne nous appesantirons point longuement sur les rapports étroits que notre observation manifeste entre la perversion du sens génital et les obsessions. L'existence de tels rapports a depuis longtemps a été signalée. Sans remonter aux observations de Magnan ou de Kraft-Ebing (2), ni aux perversions à caractèée obsessif de Serieux (3), ni à la pérédastie périodique de Tarnowsky (4), le titre seul de la thèse de Desaunais-Guermarquer, soutenue à Paris en 1905: valeur sémiologique des obsessions et impulsions chez les anormaux sexuels, suffit à prouver combien le rapprochement des perversions sexuelles et des obsessions est entré dans le domaine courant tant au point de vue du terrain sur lequel elles germent les unes et les autres, qu'au point de vue de leur symptomatologie.

Cependant il est un détail à signaler et à retenir. Si, parmi les rares observations de Kraft-Ebing qui peuvent se rapprocher de la nôtre, il en est au moins une où la conconcomitance d'accidents obsédants est manifeste (5), les « renifleurs », de Tardieu, les « sterco-

(1) *Anomalies, Aberrations. Perversions sexuelles chez les dégénérés.* Paris, 1885.

(2) *Psychopatia sexualis*, trad. française, 1895.

(3) Thèse Paris, 1888.

(4) *L'instinct sexuel*, traduction française, 1904.

(5) *Loc. cit.*, p. 168. Cas de Arndt.

raires » de Taxil (1), sont, par les meilleurs auteurs, distraits du groupe des obsédés: Tarnowsky (2) les range parmi les pervertis séniles, Garnier (3) soutient de même qu'ils ne sont habituellement pas des obsédés, mais des affaiblis, cérébraux ou séniles, ou de véritables déments. La débilité mentale de notre sujet ne nous paraît répondre en rien à l'affaiblissement acquis de Garnier et notre observation vient donc sur ce point démontrer que toutes les perversions sexuelles, quels qu'en soient les caractères cliniques, peuvent relever d'anomalies constitutionnelles. A vrai dire, au reste, avec les renifleurs et les stercoraires, avec les différents pervertis sexuels, chez lesquels les auteurs (Kraft-Ebing en particulier), ont signalé une certaine appétence pour les excréments, notre malade offre une ressemblance plus superficielle peut-être que profonde, au point de vue de la matière plutôt que de la forme.

Cela étant, dans quelle classe de pervertis sexuels convient-il de le ranger? Nous croyons avec Garnier (1) qu'il est impossible de le comprendre parmi les fétichistes. A... n'est pas uniquement préoccupé des excréments féminins; il s'excite aussi à l'idée de souiller d'ecxréments un corps de femme. Il n'y a donc aucun fétichisme dans son cas.

Faut-il admettre la théorie de Kraft-Ebing (2) et voir en de telles perversions du sadisme larvé, quand le malade se conçoit actif, du masochisme larvé, quand il se conçoit passif? Nous estimons d'abord, comme Garnier (3), que Kraft-Ebing a un peu bien abusé du sadisme et du masochisme, que sadisme et masochisme larvés sont quelquefois à ce point larvés, qu'ils ne sont plus saisissables. Mais dans notre cas particulier il y a plus. En ses rêveries singulières et voluptueuses A... est indifféremment actif ou passif; sans doute des observateurs ont signalé l'association du sadisme et du masochisme, mais cette combinaison ne nous est jamais donnée comme faite par parties égales: l'un des éléments prédomine toujours largement; A... ferait donc complètement exception à la règle. D'autre part, par la complaisance qu'il met à respirer des excréments, il semble bien qu'ils aient à ses yeux, par eux-mêmes, une valeur érotique. Enfin, si sado-masochisme il y avait, ce sado-masochisme ne

---

(1) Nous nous résignons à citer cet auteur, pour faire comme tout le monde, mais nous réduisons notre citation au terme seul qu'il a introduit dans la langue et faisons les plus expresses réserves sur la véracité et la valeur documentaire ou scientifique des œuvres de ce célèbre mythomane.

(2) *Loco citato*, p. 132.

(3) *Fétichistes, pervertis et invertis sexuels*, 1876.

(1) *Loco citato*.

(2) *Loco citato*, p. 108.

(3) *Loco citato*.

se traduirait que par ce seul et unique symptôme et resterait, sous tout autre forme, pleinement inconscient, puisque, après y avoir été sollicité, A... n'a trahi aucune tendance proprement sadique ni masochiste, alors que ses précédents aveux auraient pu le rendre assez accommodant sur ce point. Il ne nous paraît donc pas plus légitime de le considérer comme un sadique ou un masochiste, que comme un fétichiste.

Reste à nous expliquer sur la pathogénie d'une telle perversion. Kraft-Ebing, au point de vue étiologique, distingue entre le fétichisme d'une part, le sadisme et le masochisme de l'autre. Si sadisme et masochisme sont selon lui essentiellement congénitaux, en revanche il admet pour le fétichisme la théorie de Binet (1), de l'événement marquant de la première enfance qui, en déterminant une forte impression voluptueuse, désoriente pour ainsi dire l'instinct sexuel. « Il y a toujours comme point de départ, dit Kraft-Ebing (2) un incident fortuit qui a déterminé le rapport de cette impression isolée avec des sensations voluptueuses. De même que dans la vie physiologique, la main, le pied, les cheveux ont une signification fétichiste très remarquable, de même dans le domaine pathologique les parties du corps sont préférées ». Legrain (3), au contraire, voit en toute perversion sexuelle, une perversion instinctive, et Garnier (4) oppose à la théorie de Binet la nécessité d'une prédisposition congénitale. A ne considérer que notre malade, deux raisons essentielles militent en faveur de la nature constitutionnelle de ses troubles : il ne signale spontanément dans ses antécédents aucun événement particulier qui aurait déclanché sa perversion ; cette raison, il est vrai, n'en serait pas une pour tout le monde, car des auteurs admettent la possibilité de l'oubli de l'incident initial et de son passage dans l'inconscience. Mais la seconde raison paraîtra peut-être à tous plus probante : c'est le déséquilibre mental profond que trahit chez lui l'ensemble de ses obsessions. Au reste, en ces matières, on ne voit l'aventure, si saisissante soit-elle, qui pourrait pervertir à ce point, si prématurément et probablement si définitivement, un individu normal et le dernier mot sur la question a été dit sans doute par Moreau de Tours (5) : « Le terrain est tout, les causes déterminant l'explosion ne sont qu'accessoires ».

Nous nous trouvons ainsi en présence d'une perversion de l'ins-

---

(1) *Le Fétichiste et l'Amour*, 1891.

(2) *Loco citato*, p. 102.

(3) LEGRAIN. *Anomalies de l'instinct sexuel et en particulier inversions de l'instinct sexuel*, 1896.

(4) *Loco citato.*

(5) *Aberrations du sens génésique*, 1880.

tinct sexuel, qui, irréductible aux autres perversions de ce même instinct, peut, le cas échéant, lorsque, comme chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, elle n'est pas symptomatique d'un affaiblissement acquis des facultés, relevr, comme les autres, d'une anomalie constitutionnelle. Elle mérite donc, jusqu'à plus ample informé, d'obtenir son autonomie à côté du fétichisme, du sadisme et du masochisme et au même titre qu'eux. C'est pourquoi il nous a paru opportun de la différencier également par le vocabulaire et de créer pour elle, en attendant mieux, le terme de scatophilie qui en souligne le caractère essentiel.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Gilbert Ballet.

Deux cas de rémission progressive de la paralysie générale

M. A. GALLAIS. — La première malade, âgée de 35 ans, présenta un changement du caractère en 1902; en 1905, elle est internée et manifeste les signes typiques de la paralysie générale. En 1906, la rémission progressive commence : l'état mental s'améliore, l'inégalité pupillaire disparaît, la parole s'améliore. La rémission dure depuis cinq ans.

La seconde malade, âgée de 48 ans, alcoolique, débute en 1897 : une première rémission dure deux ans, Rechute en 1900. Seconde rémission en 1905, amélioration progressive de l'état mental qui est encore satisfaisant aujourd'hui.

M. G. BALLET demande si le signe d'Argyll Robertson existait et s'il a disparu; il émet le désir de voir ces malades.

Paralysie générale à début anormal

M. ROSE. — Un notaire de 36 ans, qui présenta, en décembre 1909, des crises d'épilepsie sensitive ainsi qu'une bradycardie paroxystique descendant à 60 et quelquefois à 48. En août 1910, se manifesta une paralysie générale typique.

La bradycardie n'est pas une rareté dans la paralysie générale, mais, ainsi que le disent MM. Gilbert Ballet et Rogues de Fursac, elle s'observe surtout dans le stade cachectique. D'après M. Egmeire, la bradycardie paroxystique pourrait relever dans cette maladie des lésions syphilitiques de l'aorte ou du faisceau de His. Notre malade présenta cette bradycardie dès le début de son affection, et il n'avait pas d'aortite. Nous croyons qu'elle fut ici d'origine cérébrale, sans pouvoir l'affirmer : cependant les crises épileptiformes dans la maladie de Stokes-Adams sont plus rares que les apoplectiformes et ne

revêtent guère le type à prédominance sensitive. Le tableau clinique du début permettait cependant l'hésitation. Il n'est d'ailleurs pas absolument certain que l'état mental n'avait pas déjà changé légèrement à ce moment. Plus récemment, nous avons appris que le malade avait, en janvier 1910, acheté un billard de taille, et que cette dépense, quoique non excessive pour sa fortune, contrastait avec ses tendances économiques habituelles. Mais ni la femme du malade, ni son médecin ne nous avaient fait mention d'un changement quelconque de son psychisme.

La précipito-réaction du sang des déments précoces

M. ROSE. — Au mois d'avril de cette année, M. Geissler publia un travail, dans lequel il préconisa l'emploi de la réaction de précipitation pour le diagnostic de la démence précoce. Il immunisa des lapins contre le sérum de trois déments hébéphréniques, trois déments catatoniques et trois paranoïdes, par 5 à 6 injections de ces sérums pratiquées dans le péritoine, à cinq ou six jours d'intervalle. Les antisérums ainsi obtenus se comportaient de façon différente, suivant les sérums (dilués au 1/1000 cent) qu'on mettait en leur présence.

Ainsi 0 cm² 1 de sérum antihébéphrénique, mis en contact de 2 centimètres cubes d'une dilution au millième de sérum de l'un quelconque des hébéphréniques ou des catatoniques, donnait un précipité; il ne le donnait pas avec des sérums de paranoïde, de paralytique général ou d'individu normal. Le sérum de lapin anticatatonique donnait une réaction positive avec le sérum d'un catatonique quelconque, négative avec les autres sérums. Le sérum antiparanoïde ne donnait que des réactions négatives, même avec le sérum des paranoïdes.

M. Geissler concluait de ces constatations : 1° que dans le sérum des déments précoces hébéphréniques et catatoniques, il existe une substance spécifique capable de provoquer la formation d'anticorps; 2° que la démence paranoïde, qui ne présente pas la même réaction sanguine, était sans doute très différente des deux autres variétés de démence précoce; 3° enfin que la réaction de précipitation pouvait servir au diagnostic des deux premières formes.

Au cours de l'été dernier, nous avons voulu contrôler ces faits. Mais nous nous sommes heurtés à une difficulté imprévue, qui nous paraît s'élever sérieusement contre l'application courante de cette méthode. En effet, les hébéphréniques et les paranoïdes, après les trois ou quatre premières prises de sang, refusèrent de se laisser soit ponctionner la veine, soit appliquer des ventouses scarifiées. Aussi n'avons-nous pu réaliser l'expérience qu'avec un catatonique. Le sérum d'un lapin traité suivant les règles avec le sérum de ce malade, nous a donné une précipitation guère plus nette avec le sérum du malade et d'un autre catatonique qu'avec le sérum d'un épileptique, d'un paralytique général, d'une mélancolique, d'un hébéphrénique et d'un paranoïde. C'est-à-dire que la précipitation (qui se produit toujours à des faibles dilutions de l'antigène-sérum humain) ne se produisit pas avec des dilutions de sérum catatonique sensiblement supérieures à celle des autres sérums.

Notre constatation est donc négative. Nous ne voudrions pas attacher une trop grande importance à ce résultat basé une une seule expérience. Néanmoins, quand on pense à quel point il est souvent difficile de distinguer cliniquement un paranoïde d'un hébéphrénique ou d'un catatonique, on est surpris d'entendre parler d'une réaction sanguine particulière à deux variétés de la démence précoce et donnant même des résultats non réversibles dans celles-ci.

En tout cas, les difficultés d'ordre matériel, qui nous ont arrêté, nous paraissent peu favorables à la pratique courante de la méthode de M. Geissler, fût-elle exacte.

Episode confusionnel et amnésie de la ménopause

M. KAHN. — Cette dame, âgée de 52 ans, est la mère d'une maniaque; elle fut atteinte, il y a deux mois, au moment de ses règles, d'un état de confusion et de désorientation qui se termina brusquement et fut suivi d'amnésie : crise d'absence durant trois heures, avec confusion et désorientation, chez une malade dans l'histoire de laquelle on ne découvre ni stigmate d'hystérie, ni symptôme d'épilepsie.

L'amnésie de cette crise est presque complète, exception faite de deux ou trois gros faits. Enfin elle survient au moment des règles, à l'époque de la ménopause chez une femme, qui, chaque mois, à pareille époque, présentait de *l'excitation cyclothymique*.

M. VOISIN pense qu'il s'agit d'hystérie.

MM. VALLON et KAHN croient que c'est de l'épilepsie.

Un cas d'amnésie essentielle

M. DUFOUR et M[lle] GUICHARDON. — Il s'agit d'un homme de 26 ans, présentant une amnésie caractérisée par une diminution considérable de la mémoire de fixation ou de conservation, sans aucune trace de maladie nerveuse et sans aucune autre cause qu'une anomalie intellectuelle d'origine héréditaire.

La mère de notre malade est, en effet, atteinte des mêmes troubles de la mémoire; mais ceux-ci sont apparus chez elle plus tardivement, vers la cinquantième année. Cette femme, qui est commerçante et ménagère, oublie son lait et son manger sur le feu; elle reçoit une pièce de 10 francs et rend de la monnaie sur 20 francs.

Par ses caractères, cette amnésie existant en dehors de toute maladie, et n'étant accompagnée d'aucune autre manifestation psychique, mérite une place à part. Nous proposons de lui donner le nom d'*essentielle*, par analogie avec une autre anomalie pathologique plus connue, qui est le tremblement essentiel. Comme lui, cette amnésie est indépendante d'autres affections, elle est toute la maladie; comme lui, elle est héréditaire; comme lui, elle peut apparaître chez un sujet jeune; comme lui, également, elle n'est que l'exagération d'un trouble que l'âge apporte presque toujours avec lui chez le plus grand nombre d'individus.

M. SÉGLAS. — En matière d'amnésie, les expériences de contrôle sont un complément presque nécessaire de l'observation directe. Et à ce propos, je me rappelle un fait que j'ai rapporté en détail à la Société de Psychologie (1907). Le malade se présentait comme atteint d'amnésie continue. A toute question, il ne répondait que « je ne sais pas... je ne peux pas dire... je ne me souviens de rien... je ne sais pas ce que je fais... » Si par hasard il fournissait une réponse un peu plus précise, c'était avec toutes sortes de doutes, de réticences... Lui aussi cultivait le carnet et les petits papiers familiers aux amnésiques. Toutes les fois qu'on faisait un appel *direct* à la mémoire, soit par des interrogations précises, soit par des tests habituels dont le but n'échappait pas

au malade, l'échec était complet. Le cas pouvait donc paraître simple et, à s'en tenir là, l'amnésie pouvait être admise telle quelle.

Or, si au lieu d'examiner directement la mémoire, on s'appliquait à solliciter les souvenirs d'une façon *indirecte*, au cours d'une conversation d'allure indifférente, n'éveillant pas l'attention du sujet, on le voyait alors évoquer, sans hésitation et sans y prendre garde, nombre de souvenirs nécessaires pour soutenir la conversation, et donner ainsi des détails sur son passé ou sur des faits récents, dont auparavant il avait prétendu ne pas se souvenir. — D'un autre côté, l'analyse de sa conduite, de certains de ses actes en particulier, dénotait une contradiction flagrante avec ses prétentions amnésiques.

Ce malade était-il donc un simulateur? En aucune façon. Il avait bien en réalité un certain degré d'amnésie, surtout pour les chiffres, les dates. Mais il était parti de là pour conclure qu'il avait perdu totalement la mémoire, et il s'était, en conséquence, créé une attitude mentale particulière. Il aurait pu, mais il ne voulait pas se souvenir, et il ne faisait pour cela aucun effort. Aussi avais-je qualifié cet état de *négativisme mnésique*.

Ces attitudes mentales persistantes, succédant à un trouble réel, mais partiel ou transitoire, et constituant une sorte de stéréotypie, ne sont pas rares. On en a d'autres exemples dans le cas de malades, comme celui de M. Arnaud, qui, pour avoir eu quelques illusions de déjà vu, prétendent ensuite que tout ce qu'ils voient leur est déjà connu.

M. DUFOUR. — Mon malade n'était pas un simulateur, il ne consultait pas pour son amnésie qui fut découverte par hasard.

Urologie des paralytiques généraux

MM. LABBÉ et GALLAIS. — Les recherches effectuées portent sur quinze malades et sur soixante échantillons d'urine. Les analyses ont été faites et contrôlées par nous-mêmes plusieurs fois au moyen des méthodes les plus précises dans les laboratoires de MM. les professeurs Gilbert Ballet et Landouzy. Après avoir, point par point, étudié les caractères physiques et chimiques des urines de ces malades, nous avons cherché à délimiter les échanges urinaires minéraux et azotés par la méthode des bilans au cours de régimes lacté, lacto-végétarien, végétarien et mixte bien définis en matière et en énergie. Nous avons aussi recherché les principaux corps anormaux.

Nous insistons tout particulièrement aujourd'hui sur l'étude de la densité et du volume; sur l'évolution de l'acidité urinaire; sur les échanges chlorurés qui fournissent des vues nouvelles sur l'épreuve de la chlorurie expérimentale; sur le peu de valeur du coefficient dit de déminéralisation; sur la mauvaise assimilation de l'azote.

Tous nos résultats convergent et nécessitent l'isolement d'une *période prémortelle* qui se différencie cliniquement de la troisième période classique par un abaissement rapide de la courbe du poids, la profondeur des escarres, une forte élimination d'azote ammoniacal, l'alcalinité des urines à l'émission.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de maladie du sommeil

par le Dr Ley

Les cas de maladie du sommeil doivent de plus en plus intéresser le psychiatre et le neurologue. Assez fréquemment, des sujets nous rentrent d'Afrique, infectés par le tripanosome.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment deux cas de tripanosomiase, l'un mortel, et j'ai ici le cerveau du malade; l'autre encore en vie, dont je vous ferai ensuite la présentation.

I. X..., officier, sans hérédité spéciale, bon sujet, sans tares névropathiques a fait trois séjours au Congo entre autres dans l'Ubangi où règne la maladie du sommeil.

Il rentre en Belgique en juin dernier, se sent affaibli, mais est très lucide. Vers la mi-juillet, on constate quelques troubles mentaux, un léger délire probablement onirique: le malade croit posséder un aéroplane démonté; il veut l'assembler et le réparer. La somnolence apparaît vers la mi-juillet; elle s'accentue fortement au début de septembre.

Un médecin consulté fait le diagnostic de *neurasthénie* et prescrit un régime, des phosphates, des promenades. On empêche le malade de somnoler et on le force à sortir. Une céphalalgie violente se déclare. Entretemps, le malade avait été vu par un médecin, ancien congolais, qui avait fait un examen du sang et de la lymphe, sans résultat. Il était probablement trop tard, le tripanosome ayant émigré dans le liquide céphalo-rachidien.

La somnolence et la céphalalgie augmentent fortement vers le milieu de septembre et le 22 de ce mois, le malade entre dans mon service.

Le repos complet calme assez rapidement la céphalalgie. Le malade est calme ,de bonne humeur, se rend compte de tout et semble très présent, sans tendances prononcées au sommeil. L'orientation dans le temps est un peu troublée. Pas d'hallucinations. Réflexes tendineux exagérés. Pupilles inégales et paresseuses.

La ponction lombaire est pratiquée le 25; le liquide est clair, la pression est très forte, l'examen microscopique révèle de la lymphocytose et la présence du tripanosome vivant.

La maladie fait des progrès rapides; la tendance au sommeil augmente; il est impossible parfois de réveiller le malade pour manger; il urine au lit en dormant.

Parfois le tableau change et le malade est excité, a des nuits

d'insomnie totale et un peu de délire : il roule son drap en cornet et téléphone àla reine d'Angleterre.

Au début d'octobre, vomissements, céphalalgie, stupeur complète entrecoupée d'agitation, puis crises convulsives avec transpiration profuse.

Exitus lethalis le 11 octobre.

Le traitement a consisté en repos au lit, bains tièdes et l'injection de 1 gramme d'atoxyl par semaine, en deux fois. Le lendemain de l'injection de 50 centigrammes on donnait au malade 1 gramme d'orpiment en une prise (van Campenhout.)

Le cerveau du malade ne présente, comme vous pouvez le constater, rien de bien particulier à l'aspect macroscopique, sinon une congestion modérée des vaisseaux et de l'écorce. La pie-mère se laisse facilement détacher partout et il n'existe pas d'exsudat inflammatoire. Les lésions microscopiques vous seront décrites par mon collègue M. Geerts (voir page 000.)

II. Le malade que je vous présente est âgé de 35 ans. Il est entré dans mon service le 29 octobre 1909. L'hérédité n'offre rien d'anormal ; il n'y a pas de psychoses dans la famille. Le sujet s'est marié en 1908 ; il n'a pas d'enfants.

Rien dans son passé pathologique.

Il a reçu une bonne instruction moyenne.

A fait quelques fugues étant en pension. Vers l'âge de 25 ans, a fait une fugue avec une femme de bar et a dépensé 25,000 francs en six à sept mois de temps.

Parti au Congo de 1901 à 1902, puis de 1903 à 1907.

A séjourné dans des endroits infectés de maladie du sommeil.

S'est marié en avril 1908, présentant déjà alors des troubles de la marche et du caractère. En juin 1909, on constate qu'il s'endort au bureau ; incontinence des urines pendant ce sommeil diurne.

L'examen du sang et de la lymphe, n'a été pratiqué qu'après une cure à l'atoxyl entreprise à ce moment. Aussi s'est-il montré négatif.

L'examen somatique donne les résultats suivants : organes internes normaux ; réflexes et sensibilité normaux.

Pupilles irrégulières, inégales et paresseuses.

Pas de tremblement de la langue.

Un peu de dysarthrie.

Liquide céphalo-rachidien : pression exagérée, lymphocytose abondante, pas de tripanosome.

Sang : pas de réaction de Wassermann, pas de leucocytose.

Examen psychique : Dépression et indifférences habituelles. Pas de négativisme, ni de *manieren*. Parfois un peu d'excitation motrice : besoin de marcher, de se remuer ; tourne autour du jardin ; souvent mouvements désordonnés des jambes et du cou.

Pas de confusion proprement dite. Perte de la mémoire, se trompe sur les temps de son séjour en Afrique, sur son mariage.

Aucune incohérence; association des idées normale.

Jamais d'hallucinations.

L'affectivité est réduite; l'indifférence du malade est grande; il désire cependant rentrer chez lui mais les accidents d'incontinence urinaire et fécale rendent son séjour chez lui difficile.

Nous sommes donc en présence d'une affection démentielle à allure très lente.

Le traitement a consisté en cures d'atoxyl énergiques. Elles ont débuté en 1909 (juillet), et ont été continuées jusque dans ces derniers temps. Le malade a reçu pendant ces cures successives durant de trois semaines à un mois, d'abord 10 centigrammes par jour, puis dans la suite 80 centigrammes à 1 gramme par semaine en deux fois.

L'affection évoluait sans autres symptômes lorsque en juin 1910, se place un accident des plus singuliers, très grave, et sur lequel je crois bon d'attirer l'attention. Brusquement, le malade manifeste des douleurs très vives, généralisées, de l'agitation et il se produit des escarres multiples sur le corps, atteignant notamment l'ensemble de la peau du scrotum qui s'élimine en totalité. Les plaques de gangrène s'éliminent peu à peu, le malade a une température très élevée (39°-40°) et la durée totale d'élimination porte sur deux mois et demi environ. Des bains à peu près continus pendant le jour ont singulièrement favorisé l'élimination des escarres multiples (orteils, dos, fesses, membres, scrotum.)

Ces escarres multiples et disséminées accompagnées de violentes douleurs me semblent devoir être attribuées à des névrites probablement provoquées par l'atoxyl.

La vue du malade est très bonne.

En novembre 1910, le sujet fit une pleurésie avec épanchement, sans fièvre apparente, qui évolua sans incidents.

Un cas de maladie de Recklinghausen

par le Dr Boulenger (Lierneux)

Bien que mon diagnostic soit encore fort hésitant au sujet de la malade que je vous présente, je me suis décidé à la ranger dans l'affection nerveuse que l'on a décrite sous le nom de maladie de Recklinghausen. Sans doute, comme vous le verrez, certains signes cardinaux manquent. Cependant, à mon avis, c'est le cadre de cette affection qui convient le mieux au cas de mon sujet.

La malade, Mme B..., née le 8 novembre 1871, a fait dans sa première enfance une rougeole, puis une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Les règles sont survenues à l'âge de 15 ans et ont toujours été normales. Elle s'est mariée à 22 ans, a fait une fausse couche de 6 1/2 mois à 24 ans. Elle a été opérée de hernie inguinale à 25 ans et s'est très bien guérie de cette affaction. Elle eût un enfant à 26 ans, l'accouchement fut normal. Quant à l'hérédité, elle est la suivante: Le père de la malade est mort d'apoplexie à l'âge de 74 ans, mais il fut toujours bien portant jusqu'à cet âge. La mère d ela malade est morte à l'âge de 51 ans, de bronchite tuberculeuse probablement. D'ailleurs, du côté de la mère, presque tous les parents meurent de bronchite tuberculeuse, sauf le grand-père et la grand-mère maternels qui sont morts vieux.

La malade a deux sœurs plus jeunes qu'elle, dont l'une est épileptique et la cadette est bien portante. Elle a eu une sœur aînée morte à 24 ans de tuberculose pulmonaire. Elle a encore deux frères bien portants, et un frère mort d'appendicite. Son enfant âgé de 14 ans est bien portant mais assez nerveux.

En 1908, vers la fin du mois de juin, la tumeur du sein droit débuta. Elle fut opérée le 3 octobre de la même année. La cicatrisation se fit normalement et deux mois après, elle était entièrement guérie.

Tout sembla aller très bien au début de l'année 1909, à part quelques petits maux de gorge.

Mais au début de l'hiver 1909-1910, la malade présenta des sensations anormales dans les jambes qui semblaient s'endormir. Elle me fit appeler et je ne pus constater à ce moment que l'exagération des réflexes rotuliens, une grande nervosité, une tristesse sans motif et la crainte de mourir d'apoplexie comme son père; car disait-elle: « je sens quelque chose dans la tête. » En septembre 1910, la malade présenta de la surdité de l'oreille droite ainsi qu'un début de cécité à l'œil gauche.

La vue semble être restée intacte jusqu'à ce moment; cependant la malade avait déjà une certaine diminution de la vision, car elle n'était plus capable de coudre du noir; elle eut aussi plusieurs fois au cours de l'année 1910, des troubles, des nuages devant les yeux, la vue était brouillée et à ces périodes elle distinguait difficilement quelque chose.

Ce fut un matin qu'elle s'aperçut sans aucune douleur préalable, qu'elle n'entendait plus de l'oreille droite. Les vertiges dont elle se plaint encore actuellement ont débuté à peu près vers la même époque. C'est en allant à l'extérieur qu'elle s'apercevait le plus de ses vertiges et surtout le soir.

Cette surdité était, à mon avis, centrale.

Notre confrère Duchène, de Liége, consulté pour l'affection de

l'oreille, constata de la surdité absolue à droite dès le 1er octobre 1910.

Le 13 octobre, la malade se fit examiner par notre confrère M. Leplat, oculiste, qui constata la présence d'une tumeur à la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil gauche. Il hésitait au sujet de la nature de cette tumeur, la croyant syphilitique ou bien carcinomateuse.

Sur le conseil de mes confrères Leplat et Duchène, je fis une série d'injection de pilocarpine, qui ne modifièrent en rien la surdité et la pregression de la tumeur de l'œil. Je fis aussi deux ou trois injections de biiodure de mercure, mais comme la malade ne les supportait guère, je cessai bientôt.

La réaction de Wassermann fut faite au début de novembre par le Dr Halquin; celle-ci fut entièrement négative. Notre confrère Leplat préconisa, dès lors, l'énucléation de l'œil gauche. Ce fut le Dr Thibert qui fit l'opération. Vers la fin du mois d'octobre la patiente fut atteinte d'une polydipsie considérable, elle buvait des quantités énormes d'eau, de bière, de vin, etc.

Elle urinait environ 7 à 8 litres de liquide par jour. A cause de cette énorme quantité d'urine, un médecin consulté en passant, déclara la malade atteinte de diabète et lui imposa un traitement et un régime en rapport avec cette maladie.

Les urines ne renfermaient cependant ni sucre, ni albumine et la densité oscillait aux environs de 1010; les urines étaient claires. Ces symptômes se sont amendés progressivement et ont fini par disparaître.

L'appétit a beaucoup diminué. Vers la fin du mois d'octobre, la malade a vu apparaître une série de petites tumeurs, d'abord au niveau du creux épigastrique et le long de la cicatrice opératoire du sein droit; puis elles se sont répandues à la poitrine, au dos, aux cuisses. Ces tumeurs sont situées dans le derme et varient entre le volume d'un grain de blé à celui d'un petit pois.

La malade a aussi senti débuter en octobre des douleurs dans la cuisse droite; ces douleurs sont comparées par elles à une sensation d'os voulant traverser les chairs.

Durant le mois d'octobre, la malade a maigri considérablement.

Lorsque la malade s'éveille, elle voit des scotômes noires et la vision de l'œil droit s'affaiblit progressivement.

Dès le commencement d'octobre, le facial droit se paralysa de plus en plus, et il est atteint dans ses deux branches, car les muscles du front, des sourcils, et de toute la partie inférieure de la face sont paralysés. Depuis une quinzaine de jours la patiente se plaint de violentes céphalalgies frontales. Mme B... signale aussi que les nerfs du cou lui font mal et ce phénomène douloureux correspond à l'apparition de tumeurs sous-occipitales, assez volumineuses, qui

ont débuté il y a un an. Au début je les pris pour des ganglions cervicaux engorgés et c'est ce qui me fit songer à la nature syphilitique de l'affection.

Les vomissements que Mme B... présente encore actuellement ont précédé l'opération de l'énucléation de l'œil. Elle vomit de temps à autre durant toute une journée ou bien simplement le matin.

Ces vomissements se produisent toujours de la même façon : elle tousse un peu d'abord, puis elle vomit. Ils sont souvent bilieux et formés de suc gastrique. Le mouvement de vomissement est brusque, et il se produit à n'importe quel moment de la journée : avant les repas, après les repas, le matin au lever, etc. La malade se sent très faible sur les jambes. Elle est constipée habituellement, depuis septembre 1910. La denture s'est beaucoup abîmée depuis un an ou deux.

Le 24 janvier, le pouls est à 114, et précédemment, j'ai constaté qu'il était fréquent, que le cœur était en éréthysme net.

A la poitrine il y a quelques râles, mais aucun symptôme de tuberculose.

La malade n'est plus réglée depuis trois mois, et les règles ont disparu sans douleur.

Les tumeurs sous-cutanées si nombreuses, de Mme B..., se répandent jsqu'aux épaules en dessous des deltoïdes et jusqu'au niveau des biceps ; aux membres inférieurs, les tumeurs sont répandues jusqu'aux genoux, et une véritable tumeur chagrinée se trouve à la face interne de la cuisse droite.

Le sommeil de la malade est assez bon. Elle s'endort vite, mais elle s'éveille parfois la nuit parce qu'elle a mal à la cuisse droite ou mal de tête.

Il faut aussi signaler que Mme B... est intoxiquée par l'alcool. Tenant un café-restaurant, elle a dû, durant de longues années, se livrer à la consommation de bières, vins, liqueurs, pour faire marcher son commerce. Evidemment, cette intoxication a créé chez elle une moindre résistance à la maladie.

Vous avez pu aussi remarquer que Mme B... ne présente aucune pigmentation cutanée, phénomène assez habituel dans la maladie de Recklinghausen. A une consultation ultérieure, la malade me signale que ses vomissements sont presque toujours précédés ou accompagnés de céphalée intense.

L'examen de la sensibilité nous montre que celle-ci est intacte sur tout le corps.

Les réflexes rotuliens restent exagérés, ainsi que les achiléens. Il n'y a pas de Babinski.

La malade a aussi fréquemment une sensation de froid dans la jambe et le pied droits, elle a également une sensation d'engourdissement dans la jambe et dans le membre supérieur droits.

Le diagnostic de la tumeur de l'œil, que M. Leplat fils, a bien voulu faire, est: tumeur carcinomateuse. Ceci n'est donc pas d'accord avec l'idée que j'ai émise au sujet de cette maladie: maladie de Recklinghausen.

Cependant je ne pense pas qu'une carcinomatose du sein ait pu produire ces métastases du côté de la peau, de l'œil, et surtout du cerveau; nerf facial, auditif, optique, pneumogastrique, etc.

Voici, du reste, quelques considérations sur la maladie de Recklinghausen, qui me font persévérer dans le maintien de mon diagnostic.

Tout d'abord, d'après le tableau qu'a fait le D[r] Ludwig Bruns, dans son livre sur les « tumeurs du système nerveux » la division dse neuromes se fait comme suit:

Neuromes: vrais et faux.

Les vrais comprennent: les neuromes vrais ganglio-cellulaires: myéliniques ou amyéliniques.

Les faux sont bien plus nombreux et se divisent:

1° Tumeurs solitaires d'origine conjonctive (ou neuromes radiculaires solitaires), qui sont bénins ou malins; les bénins comprennent les fibrômes, myxômes, etc; les malins, les sarcômes, fibrosarcômes, myosarcômes, et les kystiques dégénérés en sarcômes;

2° Les tumeurs diffuses ou à noyaux multiples provenant du tissu conjonctif des nerfs, ou neurofibromatoses. Ces tumeurs comprennent: *a*) la fibromatose diffuse ou généralisée des racines nerveuses; *b*) la neurofibromatose plexiforme; *c*) la neurofibromatose de la peau ou maladie de Recklinghausen ou molluscum fibreux; *d*) l'éléphantiasis neuromateux; *e*) des tumeurs bénignes congénitales pouvant devenir malignes. Les quatre premières espèces de tumeur peuvent se combiner entre elles et se terminent souvent par la cachexie;

3° La névrite interstitielle de Déjerine, hypertrophique et progressive de l'enfance;

4° L'épaississement des nerfs dans la lèpre, la tuberculose, la syphilis.

Aucune division ne signale le carcinôme des extrémités des nerfs cutanés. De plus la tumeur du sein de notre malade n'a pas été analysée; est-ce donc du sarcôme ou du carcinôme du sein, nous ne pouvons le trancher.

Notre confrère Leplat considère que le carcinôme du corps ciliaire est rare. Mais son diagnostic est positif, il croit à une métastase dans le corps ciliaire. Je dois l'avouer, son diagnostic m'embarrasse fort.

Mais l'évolution de mon cas ressemble tellement à l'évolution de ceux décrits par Raymond, que je ne résiste pas à la tentation de

le rapprocher de ceux-ci, malgré ce que le Dr Leplat m'a dit. Il est vrai que pour trancher la difficulté, je puis faire analyser une des tumeurs sous-cutanées. Je tâcherai de faire la chose et je vous communiquerai le résultat de l'analyse. Mais autre chose vient encore contrarier mon diagnostic : la malade ne semble pas avoir présenté ces tumeurs congénitalement. De plus, l'état mental, que l'on décrit comme inférieur et frisant l'imbécilité chez les malades atteints de maladie de Recklinghausen, n'est nullement inférieur. Bien au contaire, la malade est intelligente, instruite et très habile en affaires. Cependant, des tares dégénératives existent dans la famille : tuberculose, épilepsie.

Poncet et Pic ont signalé précisément le rapport qui existe entre la tuberculose et la maladie de Recklinghausen. Ceci apporte donc une confirmation à mon diagnostic. Voici du reste quelques considérations de Raymond au sujet de la maladie de Recklinghausen :

« Il existe une maladie, constituée par l'apparition de petites tumeurs sous-cutanées, en nombre parfois considérable ; ce ne sont pas des fibromes, mais bien des névromes. Cliniquement, elles sont caractérisées par leur mobilité spéciale ; déplacées latéralement, elles reprennent, lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, leur situation première, à la manière « d'un nœud fait sur un fil ». *Recklinghausen ne parlait pas de la pigmentation signalée par les autres auteurs allemands comme un caractère fondamental de l'affection, et ajoutait même que, chez un de ses malades, la peau de tout le corps « est pauvre en pigment ». Il n'a pas davantage constaté de troubles nerveux, et insiste sur l'absence de troubles de la sensibilité.*

Les tumeurs sont des névromes fibromateux des nerfs de la peau, des troncs et des branches des nerfs des extrémités. L'auteur qui a créé le cadre nosologique de la maladie, admet que la pigmentation peut être absente. Même il va plus loin, il décrit un cas où la peau est pauvre en pigment.

La maladie que je vous présente peut donc se rattacher à cette affection, bien qu'elle n'ait pas de pigmentation anormale.

Elle ne présente pas non plus de trouble de la sensibilité. On peut supposer ceci, au sujet de Mme B... Elle présentait probablement queeques rares névrômes cutanés ; lorsque la tumeur du sein se produisit, on l'opéra et ce fut comme un coup de fouet pour son affection restée latente. Je me hâte de dire que nul ne pouvait prévoir cette évolution et que les confrères qui opérèrent la tumeur du sein étaient en droit de faire ce qu'ils firent.

D'ailleurs, au sujet du doute qui plane sur mon diagnostic, je citerai encore Raymond : « Même en écartant les faits insuffisants, il reste encore des divergences dans les cas bien observés. Si l'on fait encore intervenir les formes frustes, où l'un des symptômes cardinaux manque, il est difficile d'établir où commence et où finit la neurofibromatose. *Il semble qu'entre le noevi, les fibromes géné-*

ralisés, les névromes plexiformes et la maladie de Recklinghausen existent des liens si étroits de parenté qu'on ne peut isoler la neurofibromatose généralisée en une forme nosologique nettement définie.

» Enfin, la question vient encore se coimpliquer par le fait des neurofibromes ou neurofibrosarcomes du nevraxe et de l'émergence des nerfs (tumeurs de l'acoustique des allemands) et des névromes plexiformes, qui sont, le plus souvent, des neurofibromes diffus, rarement des névromes vrais. *Ces deux variétés diffuses et circonscrite des neurofibromes peuvent,* l'une ou l'autre, ou même *toutes deux à la fois, coexister avec les tumeurs cutanées* ».

L'analyse du sang a, en général, donne peu de résultats jusqu'à présent.

En conclusion de ces quelques citations, il me semble pouvoir ranger le cas de Mme B..., dans le cadre nosologique de la maladie de Recklinghausen, vu que l'inventeur de la maladie le fit pour des cas sans pigmentation ; d'ailleurs, les formes ne sont pas nettement définies et enfin les tumeurs cutanées coexistent avec des neurofibromes de l'acoustique et de l'émergence des nerfs.

Un carcinôme avec des métastases intracraniennes, une tumeur cérébrale produisant à elle seule tous les symptômes présentés par ma malade, cela ne me paraît ni possible, ni vraisemblable.

La carcinome est rare à l'âge de Mme B... Je dois dire que je m'attendais à ce que lediagnostic de la tumeur de l'œil fut celui de sarcome.

En résumé, je crois l'affection dont est frappée Mme B... inexplicable, si on ne la range pas dans le cadre nosologique que Recklinghausen a créé.

BIBLIOGRAPHIE

1. RAYMOND. Pathologie nerveuse, 1910.
2. LUDWIG BRUNS. Die geschwülste des nervensystem, Berlin 1908.
3. MARCEL ASTRAND. Petits et grands accidents nerveux de la maladie de Recklinghausen, thèse Paris 1909.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 29 octobre 1910

Présidence de M. D'HOLLANDER

Un cas de maladie du sommeil

M. LEY. (Ce travail paraît dans le présent numéro.)

Discussion

M. MARIN. — Ce cas est-il aigu ? Combien de temps l'affection a-t-elle duré ?

M. LEY. — L'affection a débuté en mai 1910.

M. GEERTS. — La syphilis ne produit ses lésions qu'après plusieurs années, la maladie du sommeil les produit bien plus rapidement.

M. D'HOLLANDER. — Quelles sont les lésions microscopiques que l'on a constatées dans la maladie du sommeil ?

M. GEERTS. — Ce sont celles de la paralysie générale.

M. D'HOLLANDER. — Ce sont donc des lésions autour des capillaires, il y a donc aussi des néoformations vasculaires.

M. DEROUBAIX. — Je crois qu'il y a lieu d'insister sur la contagion de cette maladie. La contamination ne peut-elle pas se faire par le rasoir Le trypanosome peut, je pense, se transmettre d'homme à homme.

M. LEY. — L'inocu'ation directe, d'homme à homme est, en effet, possible.

M. DEROUBAIX. — Je ferai remarquer que si l'on ne trouve pas le spirochète dans la paralysie générale, il n'est pas non plus absolument prouvé que la syphilis soit toujours à l'origine de cette affection et, en admettant même cette hypothèse, il faut bien remarquer qu'elle devrait encore être considérée, non comme une affection syphilitique, mais para-syphilitique.

M. BOULENGER. — Les travaux des médecins qui ont étudié la maladie du sommeil en Afrique, prouvent que la contagion d'homme à homme est une exception. Toutefois elle est théoriquement possible par l'infection immédiate d'une plaie par le sang d'un trypanosomé. Je ferai aussi remarquer que le trypanosome ne vit que d'une façon assez précaire dans le sang et que les doses faibles d'atoxyl peuvent parfois suffire à guérir le patient.

M. LEY. — Il y a peu de traitements qui donnent des résultats dans la maladie du sommeil.

De la technique des injections d'alcool dans les névralgies du trijumeau

M. SANO. — En général, peu de malades sont disposés à se laisser opérer par la résection du nerf dans les névralgies du trijumeau. D'ailleurs après les résections la récidive se fait encore au bout de dix mois. Il n'y a que la résection du ganglion de Gasser qui soit réellement efficace. Van Gehuchten a préconisé l'arrachement du nerf. On a aussi préconisé les injections d'une solution d'acide osmique dissout dans de l'alcool et on a pu ainsi supprimer les névralgies. Deminne a cité des cas de succès par cette méthode dans les *Annales Médico-Chirurgicales du Brabant*. Ces injections profondes se font par la région temporale, on peut arriver ainsi sur la 2[e] et 3[e] racines du trijumeau. Schlössel a conseillé de

passer au-dessus des arcades zygomatiques dans le fond de la fosse ptéryog-maxillaire par le trou grand rond vers l'orbite. Mais cette technique est encore peu précise. Offerhausen, de Groningen, a cherché des point de repère pour arriver à une technique sûre. Il a un compas d'épaisseur avec lequel il mesure l'écartement des arcades dentaires au fond de la bouche, et il a ainsi la distance exacte qui sépare les deux trous grands ronds et ovales. Pour tous les crânes cette mesure est exacte.

Offerhausen à l'aide de son procédé et de ses instruments a fait plus de 30 injections sans avoir aucun accident, tandis que Schlössel a eu quelques accidents.

On peut ainsi pénétrer par la fente sphénoïdale et produire la nécrose de l'œil. — J'ai eu un cas où, chez une vieille femme, la résorption de l'arcade dentaire avait été si forte, que j'ai fait une erreur de 2 à 3 millimètres dans mon injection. J'ai pénétré dans les fosses nasales. A la suite de ce fait, j'ai examiné trois crânes de vieillards, j'ai pu voir que les fosses nasales s'élargissent fortement chez eux; mais en prenant exactement la distance des arcades dentaires dans la bouche, on ne fait aucune erreur et l'injection se fait au point voulu. On a eu des récidives avec ce procédé, mais l'opération est si simple, si peu douloureuse, que le malade se laisse opérer à nouveau sans aucune crainte.

On peut ainsi recommencer aisément l'opération et c'est un avantage réel.

M. MARIN. — J'ai assisté aux trois interventions du confrère Deminne. Il a injecté dans le trou sous-maxillaire et sous-orbitaire, les malades sont sortis guéris. Je ne vois pas d'avantage à compliquer une technique aussi simple que celle employée par Deminne et qui donne des résultats durables calmant au moins les douleurs pendant six mois.

M. SANO. — Sicard a fait des injections dans le genre de celles de Deminne, mais il a eu des récidives et des paralysies. En 1886 on a déjà fait des injections dans les nerfs avec l'acide osmique. Quant aux chirurgiens , ils ont opéré l'arrachement des nerfs aussi loin que possible.

Il y a aussi un fait intéressant, c'est que dans les névralgies faciales un petit point est douloureux, puis si ce territoire est guéri, la douleur passe à d'autres racines. Il est ainsi probable que l'origine de la douleur est dans le ganglion de Gasser. Dès lors, il s'agit de chromolyser le plus grand nombre possible de cellules du ganglion et pour ce faire, rien de tel que de faire des injections le plus près possible de ce ganglion. On sait du reste que sur 10 cellules en chromolyse, au moins 5 ou 6 peuvent se régénérer.

M. MARIN. — Notre confrère Deminne suppose que l'alcool agit jusque sur le ganglion même.

M. DECROLY. — En fait, les injections d'alcool retentissent sur les autres branches du trijumeau.

M. BOULENGER. — Il est démontré que la gaine des nerfs conduit ou laisse circuler très bien certains poisons. On sait qu'ainsi le virus du tétanos se propage le long des gaines nerveuses, ainsi que certaines toxines dans les polinévrites. Notre confrère Ensch avait appelé ces phéno-

mènes d'un nom générique fort exact : la conduction non nerveuse des nerfs. L'alcool est sans doute ainsi conduit non nerveusement, le long des nerfs ?

M. SANO. — Ce que vient de dire le Docteur Boulenger est exact. Et je rappellerai à ce sujet une communication du professeur Verriest où une névrite ascendante fut le résultat de l'infection d'une plaie.

M. LEY. — Que devient la sensibilité dans ces injections ?

M. SANO. — Elle devient fort obtuse, mais elle persiste. Le territoire est indolore. Dans le cancer on a anesthésié la tumeur par l'alcool. Mais chez les opérés on a provoqué de la paralysie des ptérygoïdiens internes et externes. J'ai fait même des injections avec du bleu de méthylène.

Présentation d'une pièce anatomique

M. GEERTS. — Voici le cervelet d'un pompier qui a continué à faire son service jusque deux mois avant sa mort. On n'a noté aucun trouble du côté de la marche, or, l'atrophie cérébelleuse droite est très prononcée, il y a en même temps une forte dilatation du ventricule (4e). Le malade est mort de paralysie générale, mais on n'a jamais trouvé de signes d'ataxie plus développés à droite qu'à gauche.

M. SANO. — Ces atrophies sont souvent familiales.

M. D'HOLLANDER. — Certaines paralysies générales éclatent brusquement.

Séance du 24 décembre 1910

—

Un cas de maladie du sommeil

Discussion

(Suite)

M. GEERTS. — L'intérêt de ce cas réside dans le manque de netteté des symptômes. On doit d'abord songer à la paralysie générale, ensuite seulement à la maladie du sommeil. Ce cas semble vouloir s'améliorer. Le malade semble plus éveillé que jadis; de plus il ne riait pas précédemment. La grande difficulté à résoudre consiste en la disparition des trypanosomes dans le sang et le liquide céphalo-rachidien après les injections d'atoxyl, ce qui ne permet plus de distinguer cette affection de la paralysie générale. Pour le moment, j'observe un malade à l'hôpital Saint-Jean, dans le service du professeur De Boeck; ce malade a été dans une région à glossina palpalis, le Wassermann a été négatif, il n'y a plus de trypanosomes, il présente de l'adénite généralisée, le sang n'offre rien de remarquable; ce malade dort souvent, a des idées de persécution, a de la céphalée intense.

M. SANO. — Je désire attirer l'attention sur un symptôme pathognomonique de la maladie du sommeil; la torpeur ou le sommeil complet peut

durer deux ou trois jours, le malade se réveille pour boire, et puis se rendort.

M. LEY. — Le malade que je vous ai montré a présenté ce symptôme, qui s'est guéri sous l'influence de l'atoxyl.

M. DE BOECK. — Votre malade ne ressemble guère au premier abord à une paralysie générale.

Démonstration sur la formation et l'évolution de la crête ganglionnaire dans la tête et dans le tronc

M. BRACHET. — En étudiant l'évolution de la crête ganglionnaire et le développemeni du système nerveux périphérique, on peut voir des éléments nerveux qni sortent du système nerveux. Ces innombrables cellules ainsi émigrées forment des ganglions. Toutefois un grand nombre de cellules de cette crête ne forment pas de ganglions, mais elles forment la gaine de Schwam des nerfs.

Les embryologistes étudient ces éléments nerveux avant qu'ils n'aient les colorations électives des éléments nerveux adultes. Certains de ces éléments absolument identiques primitivement formeront dans la suite les gaines; les autres formeront les neurones. Quant aux ganglions des nerfs craniens, ils ont une double origine, d'une part des placodes épidermiques, d'autre part, la crête ganglionnaire, les ganglions rachidiens proviennent eux exclusivement de la crête ganglionnaire.

On peut donc dire que les ganglions des nerfs craniens proviennent d'organes des sens transformés, dont les éléments ont été utlisés par l'organisme pour la conduction.

Discussion

M. DE BRAY. — Les belles préparations que vient de nous montrer M. le Professeur Brachet démontrent donc que tous les éléments du nerf : cylindraxe, gaine de myéline, sont d'origine ectodermique. On ne peut donc plus admettre, comme certains l'ont fait jusqu'à ce jour, que le revêtement du cylindraxe est d'origine mésodermique. Les masses latérales que ces préparations nous montrent comme étant l'origine des ganglions du grand sympathique, me remettent en mémoire une observation de notre collègue De Buck : il s'agissait d'un vieillard qui, pendant les dernières années de sa vie, avait souffert intensément de la région épigastrique. Par exclusion on avait conclu à l'existence chez lui d'une altération du plexus solaire. A l'autopsie on ne trouve rien dans les ganglions sympathiques, mais on découvrit au niveau de la moelle dorsale un petit gliome situé dans la corne latérale.

Cette trouvaille d'autopsie autorisa notre collègue à formuler l'opinion que les racines médullaires du grand sympathique tirent leur origine des cellules situées dans cette région.

M. SANO. — Je me suis occupé de l'anatomie segmentaire du système nerveux et en colorant mes coupes à l'hématoxyline j'ai vu qu'il existe

des traînées de cellules indifférentes d'abord, après seulement elles deviennent nerveuses.

M. BRACHET. — Les ganglions des nerfs craniens procèdent d'éléments homologues et homodynames. Dans ces ganglions on ne trouve presque pas d'éléments du grand sympathique; seul le ganglion de Gasser en possède. Si j'ai bien compris l'objection du Dr Sano, il dit que les myotômes sont primitifs et plus anciens que les segments du système nerveux, pour l'homme; c'est peut-être vrai, mais pas pour les sélaciens. Chez ceux-ci, les cellules nerveuses s'étalent, prolifèrent, forment des traînées, puis des fibrilles. C'est, à mon avis, un système nerveux embryonnaire; il ne s'est pas formé de gaine de Schwam aux nerfs : ces cellules de la crête ganglionnaire sont-elles nerveuses ou pas ? On peut dire que toute cellule nerveuse est d'origine ectodermique et que le neurone est l'élément adulte. La névroglie et les neurones du système nerveux central sont aussi d'origine purement nerveuse.

M. SANO. — On a cependant parlé de spongioblastes donnant naissance à la neuroglie et de neuroblastes donnant naissance aux neurones.

M. BRACHET. — Cette manière d'exposer prête à confusion avec les travaux de Cajal sur la rétine.

M. SANO. — Je pense quant à l'embryologie des sélaciens et des humains, qu'il n'y a pas de différences fondamentales entre les deux.

M. BRACHET. — Toutefois mettons-nous en garde contre certaines erreurs trop répandues. On a ainsi affirmé que le cœur de l'embryon bat avant qu'il existe un système nerveux. C'est une erreur, il y a avant tout dans la région cardiaque des éléments nerveux non encore différenciés. Il y a des neuro-fibrilles dans le cœur du poulet, bien avant qu'il ne batte; de même le système nerveux existe avant les muscles.

M. SANO. — La cellule nerveuse arrive à sa forme définitive après que le muscle y a abouti. Et d'après ce fait, M. Solvay a échaffaudé sa théorie de l'énergétisme.

M. BRACHET. — Sans vouloir suivre les théoriciens, d'après les faits on peut affirmer que les éléments nerveux existent avant les muscles.

M. DUSTIN. — Le cylindraxe différencié touche le myotôme avant que ce dernier ne soit différencié.

M. DECROLY espère que le Prof. Brachet nous fera encore des communications aussi intéressantes et aussi utiles pour les médecins neuropathologistes.

L'anatomie pathologique du cylindraxe

M. DUSTIN.— Jusqu'il y a deux ans, lorsqu'on ne possédait que la méthode de Weygert et de Marchi, on laissait de côté toute l'anatomie pathologique du cylindraxe lui-même. La méthode au carmin, de Cajal et Bielchowski a créé un domaine anatomo-pathologique considérable. Et actuellement on

peut dire que l'on connaît déjà bien les lésions du bout périphérique ou du bout central du nerf.

Il existe différentes réactions de dégénérescence du cylindraxe. D'abord le cylindraxe en présence de certains agents pathologiques prolifère beaucoup, par exemple dans la sclérose en plaques. D'autres fois, et ceci surtout dans le bout périphérique, le cylindrave se fragmente. Quant à la compression, elle produit des réactions intéressantes dans le nerf. Il se produit un grand nombre de fibrilles dans le nerf, c'est ce qu'on a appelé la fibrillation par compression. Ces fibrilles se terminent parfois par des masses appelées appareil de Peroncito. La neurofibrille en croissant devient multiple. On a pu observer ces symptômes dans les moelles comprimées. Dans la fragmentation ou la section du cylindraxe, on voit la fibrillation se compliquer de l'apparition de l'appareil de Peroncito. Dans les cicatrices douloureuses, on voit d'énormes boules se former; de même dans la paralysie générale. Ce phénomène est dû à une turgescence considérable du cylindraxe.

Somme toute, ce que l'on observe dans le système nerveux périphérique, s'observe également dans le système nerveux central. Le cervelet en est un exemple typique. On peut aussi dire que les réactions qui se passent dans la compression et la sclérose sont les mêmes.

Mais si l'on comprime ou si l'on coupe un nerf, on voit des réactions différentes se produire dans les centres ; il se produit un gonflement énorme du cylindraxe. L'espace de Mautner devient considérable, puis il y a dégénérescence.

Le procédé Weigert ne démontre les lésions du cylindraxe que lorsqu'elles sont considérables. La méthode de Marchi ne les démontre qu'après une période de deux à trois semaines. Tandis que la méthode de Cajal les démontre après quelques jours et peut suivre le cylindraxe jusqu'à sa terminaison. Cette méthode rendra donc de réels services.

Tantôt on a des dégénérescences partielles ou bien un état moniliforme qui persiste encore au bout de trois ans.

Dans d'autres cas, on voit les fibres subir la dégénérescence vacuolaire, il s'y trouve des vacuoles considérables, et cette lésion peut persister longtemps. D'autres fois, les cellules esquissent un mouvement de régénération, mais sans y arriver, il se forme de véritables boules à l'extrémité des fibres.

Cajal a pu voir que dans les foyers hémorragiques, il se produit de véritables néoformations.

Dans les cas de sclérose où les phénomènes destructeurs sont prolongés, on voit des prolongements aberrants nombreux, ce qui explique la dispersion des réflexes.

Vous pouvez vous apercevoir, par ces quelques descriptions, que les aspects de réaction du cylindraxe sont très variables.

Lorsqu'on comprime les ganglions sympathiques et rachidiens autour du corps de la cellule, on voit le cylindraxe former des nids péricellulaires, des appareils les plus élégants et les plus parfaits. Lorsqu'on transplante un ganglion nerveux dans la cavité péritonéale, il présente les mêmes phénomènes pathologiques. Sa capsule, entre autres, prolifère beaucoup. Ce

sont des manifestations purement régressives, comme celles de la sclérose en plaques.

M. GEERTS. — A propos des recherches sur le cylindraxe, il est vraiment regrettable que l'histo-pathologiste n'aie à sa disposition que des pièces recueillies plus de vingt-quatre heures après la mort du sujet.

M. SANO. — On peut cependant recueillir des pièces démonstratives plus de vingt-quatre heures après la mort, en faisant le lavage du sang de suite après le décès et en injectant du formol ou de l'alcool à 94°.

M. DUSTIN. — Il n'est pas toujours nécessaire de laver le sang; mais le chlorure de sodium est fort utile.

M. DE BOECK. — Il existe une opposition légale aux autopsies avant les vingt-quatre heures, c'est-à-dire avant la constatation du décès par le médecin légiste.

Lésions histologiques du cerveau dans la trypanosomiase

M. GEERTS. — La coupe que je vous présente provient du cerveau d'un homme mort par trypanosomiase typique. Vous pouvez remarquer que les artères sont entourées d'un véritable manchon de leucocytes. La deuxième coupe vous présente celle d'un cerveau de paralytique général, où également il existe autour des artères un manchon leucocytaire typique.

M. Decroly me fait observer que cette infiltration n'est pas pathognomonique. Je suis d'accord avec lui. On a trouvé ce manchon dans la méningite, dans les affections toxiques, telles que l'alcoolisme aigu. Mais dans la paralysie générale on trouve surtout les plasmazellen; dans la maladie du sommeil, c'est plus douteux.

M. LEY. — J'ai eu l'occasion d'entendre à Berlin un rapport du Docteur Mott, de Londres, démontrant par des recherches très précises que les plasmazellen sont différentes dans la maladie du sommeil et dans la paralysie générale.

M. GEERTS. — Auguste Marie a publié un cas de maladie du sommeil où il conclut que l'histo-pathologie de la maladie du sommeil et de la paralysie générale est à peu près la même.

M. LEY. — Cependant dans la genèse des affections on peut signaler que le trypanosome atteint vite le liquide céphalo-rachidien, tandis que le spirochète ne s'y trouve jamais.
La maladie du sommeil évolue plus vite et à échéance plus brève que la démence paralytique.

M. DE BOECK. — Quand on constate la paralysie générale on ne la voit que très tard dans son évolution, quand le système nerveux est pour ainsi dire démoli.

M. DE BRAY. — Il est remarquable de constater que les lésions qui caractérisent la paralysie générale sont identiques à celles de la maladie du sommeil. Si l'on ne trouve jamais le spirochète dans le liquide céphalo-

rachidien des tabétiques ni des paralytiques généraux, ce n'est pas une raison pour ne pas admettre que les altérations microscopiques du névraxe dans ces maladies, soient de nature syphilitique.

Seulement, c'est à la toxine du spirochète qu'elles sont dues et non au contact des tréponèmes avec les éléments nerveux. Nous savons que la vie des trypanosomes est fort analogue à celle des spirochètes.

Ne peut-on admettre que leur toxine agit de même que celle des tréponèmes pâles et que si les lésions cellulaires cérébro-spinales sont précoces dans la maladie du sommeil, cela tient à la pullulation du trypanosome dans le liquide céphalo-rachidien. La toxine devra être plus abondante et partant plus active dans la maladie du sommeil, d'où la précocité des lésions cérébro-spinales.

M. SANO. — Les préparations du Dr Geerts rappellent celles des cas de rage. Le diagnostic de Babès se faisait d'après cette infiltration lymphatique périvasculaire.

Séance du 28 janvier 1911

—

Un cas de maladie de Recklinghausen

M. BOULENGER. (Ce travail paraît *in extenso* dans le présent numéro.)

Discussion

M. DE BRAY. — Il serait intéressant de faire une biopsie d'une de ces tumeurs, ainsi que l'analyse du sang de la malade, pour voir s'il n'y a pas ici de pseudo-leucémie.

M. GEERTS. — On a vu des tumeurs du sein malignes évoluer et produire des métastases semblables à évolution rapide. Je penche, pour ma part, vers la sarcomatose, bien que le diagnostic de la tumeur de l'œil soit carcinomatose.

M. DE BRAY. — Les petites tumeurs cutanées peuvent ne pas dépendre des nerfs.

M. D'HOLLANDER. — Cependant, il semble devoir exister sur le facial et l'acoustique une tumeur bien nette qui les comprime.

M. DE BRAY. — La polydipsie et le diabète non sucré de cette malade semblent provenir de l'irritation des centres nerveux.

M. BOULENGER. — En tout cas, il n'est guère possible de supposer une tumeur assez étendue que pour comprimer le nerf optique, le facial, l'acoustique, le pneumogastrique. Il n'est pas non plus possible, vu que nous devons exclure la syphilis, de supposer une affection capable de produire tous les symptômes que présente Mme B..., si ce n'est la maladie de Recklinghausen.

M. D'HOLLANDER. — Mais peut-on affirmer que ce sont les nerfs plutôt que les centres nerveux qui sont atteints? N'y a-t-il pas une tumeur unique comprimant le bulbe, le faisceau longitudinal et les tubercules quadrijumeaux ?

M. DE BRAY. — Les métastases carcinomateuses sont fréquentes dans le corps ciliaire; mais elles se produisent à la suite de l'énucléation de l'autre œil.

M. D'HOLLANDER. — Il me semble que tous les phénomènes que présente la malade peuvent s'expliquer par une tumeur de la moelle allongée.

Présentation de pièces anatomiques d'un cas d'aphasie sensorielle

M. D'HOLLANDER. (Ce travail paraîtra in-extenso dans un prochain numéro).

Discussion

M. GEERTS. — Au sujet de ce cas, je ferai remarquer qu'en examinant l'aorte dans un cas de ramollissement du cervelet, on a pu diagnostiquer l'origine syphilitique du cas.

M. DECROLY. — L'état vermoulu ou de fromage de ces lésions est dû surtout à des lésions produites post-mortem.

M. D'HOLLANDER. — On prétend que cet état est dû à des lésions se passant autour des vaisseaux.

M. LEY. — Ce cas doit donc être rangé dans les aphasies. Mais cette malade ne faisait-elle pas de gestes?

M. D'HOLLANDER. — L'exploration de ce sujet était très difficile, car une seule voie d'accès restait : la sensibilité cutanée.

M. DE BRAY. — J'ai vu une aphasique sensorielle qui fut prise pour une folle à cause des manifestations tumultueuses de son langage.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 19 janvier 1911. — Présidence de M. Deny.

Trois cas de paralysie générale de longue durée

MM. CHARPENTIER et BARBÉ. — Nous avons observé trois cas de paralysie générale durant : le premier, depuis vingt-deux ans, le second depuis douze ans, et le troisième depuis huit ans. Ces cas ont une durée d'autant plus anormale que ces malades ne se présentent pas comme des déments simples,

puisque Del... a été très délirant et qu'il a encore des troubles mentaux manifestes, et que Sand... et Bo..., en plus de leurs troubles mentaux, ont eu et ont encore des escarres volumineuses. D'autre part, il est un fait sur lequel nous tenons à insister : la lymphocytose que l'on avait constatée autrefois chez Sand... et Bo... est disparue aujourd'hui. Comment doit-on l'interpréter ? Dans la séance de la Société de Neurologie du 7 février 1907, M. Babinski. parlant de ces fait, disait : « Ces fait sont dus vraisemblablement à un arrêt définitif ou transitoire dans les processus méningitiques. » Nous pensons, en effet, que cette explication est fort plausible et contribuerait même à expliquer cette très longue durée de la maladie.

M. LAIGNEL-LAVASTINE a rencontré l'absence de lymphocytose dans six cas de paralysie générale.

M. ARNAUD observe depuis quinze ans un paralytique général, dément complet, aphasique absolu.

Psychose circulaire ayant débuté à 12 ans

M. WALLON. — La fillette que je présente à la Société de Psychiatrie est aujourd'hui déprimée. Vous la voyez s'asseoir docilement sur la chaise qui lui est offerte. Une fois assise, elle reste immobile avec un certain air d'inquiétude. Aux questions les plus simples, elle ne répond rien.

Est-ce indifférence ? Est-ce inconscience ?

Son regard se fixe quand on l'interroge. Il semble un instant qu'elle va parler, rien ne vient, elle renonce à faire effort. Elle ignore si peu ce qui l'entoure, qu'elle redoute fort d'être laissée à Sainte-Anne, où elle se souvient d'être déjà venue avant son internement à la fondation Vallée. Absente en apparence, il a suffi, l'autre jour, de quelques mots échangés devant elle, pour lui faire croire à son transfert ici et pour qu'elle demandât à sa mère de s'y opposer.

Ses allures n'en sont pas moins assez souvent désordonnées et bizarres. Excitée, elle gambade, chante et bavarde. Elle a de brusques accès de rire ; plus rarement, elle éclate en sanglots. Son agitation est parfois soudaine, elle fait des bonds ou prend son élan et court à toute vitesse, entraînant derrière elle de pauvres idiotes sans résistance. Elle est capricieuse, se montre exigeante, veut, à chaque échange de vêtements, choisir elle-même une jupe qui ne soit pas trop longue, un tablier qui ne soit pas raccommodé. Très instable, elle peut donner une impression d'incohérence. Le diagnostic est délicat : il se pose entre l'hébéphénie et la psychose maniaque-dépressive, distinction d'autant plus difficile peut-être et d'autant plus intéressante à faire, que, par leur début précoce, à douze ans, les troubles mentaux doivent nécessairement avoir, sur le développement psychique de cette enfant, encore si loin de sa maturité, une influence qu'il s'agit également d'apprécier.

M. ROUBINOVITCH. — Je ne suis nullement certain qu'il s'agisse dans ce cas de psychose circulaire ou périodique. Il ne semble pas qu'il y ait une opposition assez nette entre l'état de dépression et l'état d'excitation. Ainsi, par exemple, dans l'état de dépression, l'accélération du cœur persiste chez cette fillette ; or, chez les véritables périodiques, la phase mélancolique s'accompagne habituellement d'un ralentissement considérable du pouls. Ne s'agirait-il pas plutôt ici d'une simple instabilité d'humeur chez une débile mentale, ainsi que cela s'observe si fréquemment chez des enfants dits « anormaux » et « difficiles ».

M. Gilbert BALLET. — Avec M. Roubinovitch, j'estime qu'il ne faut pas confondre avec les variations d'humeur qu'on peut observer chez certains déséquilibrés plus ou moins débiles, celles qui sont rattachables à une psychose périodique, associée à la déséquilibration ou à la débilité. Celles-ci se traduisent par des alternatives de dépression et d'excitation qui ont une certaine régularité et une certaine durée. C'est par l'examen du graphique, après une assez longue observation, qu'on peut différencier les caprices d'humeur des tendances alternantes de celles-ci. La périodicité plus ou moins régulière, avec succession ou alternance de phases d'excitation et de dépression, me paraît être la vraie caractéristique de la psychose que, pour cette raison, j'appelle psychose périodique de préférence aux autres dénominations qui ont été proposées.

M. WALLON. — Si, dans certains cas, il peut être question d'instabilité essentielle, ce n'est pas manifestement dans celui-ci. Depuis le début de la maladie, l'état de l'enfant a radicalement changé. Elle était calme, douce et docile. Elle montre rebelle à toute discipline, facilement irritable. Ce début lui-même a été brusque, il a été marqué par une crise nettement pathologique. Enfin, des incidents comme le refus d'alimentation et le mutisme, se prolongeant pendant plusieurs jours consécutifs, sont-ils bien fréquents de la part des enfants qui ne seraient que des instables ?

M. SÉGLAS. — Je crois que, dans le cas actuel, il est prudent de réserver le diagnostic définitif jusqu'à ce que l'évolution ultérieure ait révélé ou non l'apparition d'un affaiblissement démentiel. Pour l'instant, on ne peut qu'être frappé des analogies qu'il présente avec certains cas de démence précoce, au sens de Morel.

Epilepsie avec bradycardie paroxystique cérébrale

M. CHARTIER. — Voici une malade de 18 ans, atteinte d'épilepsie et de bradycardie paroxystique : 1° le ralentissement du pouls n'est pas permanent dans notre cas; au contraire, il alterne avec des phases d'accélération cardiaque qu'il est facile de provoquer en faisant accomplir à la malade quelque effort; 2° l'étude comparée du pouls radial et des battements jugulaires montre l'isochronisme auriculo-ventriculaire. On peut donc affirmer qu'il s'agit ici d'un trouble, non pas de la conductibilité cardiaque, mais de l'excitabilité cardiaque. Notre malade n'étant ni une anémique ni une cardiaque, deux hypothèses pathogéniques restaient en présence : s'agissait-il d'une bradycardie auto-toxique ou d'une bradycardie nerveuse ? Or, nous n'avons trouvé, chez cette jeune fille, aucune trace d'intoxication d'origine hépatique ou rénale, ni aucune insuffisance glandulaire, thyroïdienne en particulier. Nous avons vu, d'autre part, qu'il fallait éliminer l'hérédo-syphilis.

On pouvait donc supposer une origine nerveuse, et se demander s'il y avait plus qu'un rapport de concordance entre les accidents comitiaux et cette bradycardie. Or, cette association de la bradycardie avec des accidents épileptiques est très rarement signalée dans la littérature.

Nous admettrons, d'une part, que le ralentissement plus considérable du pouls, qui survient chez cette malade pendant les accès de petit mal, est une manifestation de l'état d'excitation cérébrale, et, d'autre part, que le ralentissement du pouls continu qui s'observe pendant les périodes épileptogènes est encore le résultat de l'état permanent d'excitabilité cérébrale qui caractérise ces périodes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Inutilité de l'isolement et supériorité de la cure libre dans le traitement de la neurasthénie et des névroses

par le Dr PAUL-EMILE LÉVY (Paris)

Ancien interne des hôpitaux

I

Dans diverses publications, en particulier dans une communication au Congrès de médecine de Genève, en 1908, et dans un ouvrage récent (1), j'ai développé les idées suivantes : la méthode de l'isolement, joint au repos absolu, jusqu'aujourd'hui imposée comme une sorte de *dogme* incontesté, dans le traitement non seulement de la neurasthénie et des névroses, mais même des simples troubles dyspeptiques, ne se fonde sur aucun motif réellement valable. Il n'existe aucune raison plausible de soumettre le malade à cette mesure pénible et vexatoire, de le séparer de ses proches, de lui défendre toute relation avec eux, — même sous la forme indirecte et atténuée de la correspondance ! —, de risquer de l'atteindre dans ses intérêts les plus essentiels, en lui enlevant toute surveillance, tout contrôle, sur ses occupations coutumières, nécessaires pourtant à son entretien vital, tout cela sous prétexte de guérir une affection qui peut être menée à bien avec tout autant et même plus d'avantages dans ces conditions réputées défavorables. En d'autres termes, il est temps qu'à l'isolement, basé sur une conception insuffisante des névroses, se substitue ce que j'ai nommé la *cure libre et active*, issue d'une compréhension plus large et plus exacte de ces affections, et de ce que doit être leur thérapeutique.

Telles sont les idées que j'ai été conduit à affirmer très fermement, en m'appuyant non point sur une conception formulée *a priori*, toujours à bon droit suspecte, mais sur la pratique elle-même, longuement suivie et méditée : j'ai été, comme je l'ai écrit déjà, *non pas de la doctrine aux faits, mais des faits à la doctrine* qu'ils m'ont en quelque sorte imposée et dont le raisonnement n'a fait ensuite que me fournir la simple justification. Etant donnée l'importance du problème qu'elles soulèvent, il me paraît utile d'y revenir à nouveau aujourd'hui.

II

Or, il n'est rien de plus instructif, pour qui veut s'éclairer sur

---

(1) P.-E. LÉVY. *Neurasthénie et névroses, leur guérison définitive en cure libre.* (F. Alcan), 2e édition.

cette question de l'isolement, que de considérer les étapes mêmes par lesquelles elle est successivement passée. Ainsi, en effet, se trouve mis, d'emblée, en lumière, un point des plus remarquables: c'est que cette conception même de l'isolement n'est pas univoque; c'est que sous ce vocable unique, et sans que les promoteurs de la méthode aient paru s'en apercevoir, s'abritent plusieurs conceptions fort diverses, chacune d'entre elles demandant, dès lors, à être considérée et jugée à part.

I. C'est Weir-Mitchell qui, en 1875, se fit l'initiateur du traitement des névroses, hystérie, neurasthénie, par l'isolement. A l'isolement se joignaient, on le sait, le repos absolu, imposé aux malades, à tel point qu'il leur interdisait même les mouvements qui ont pour but l'accomplissement des actes les plus simples de la vie journalière, repas, toilette, etc., ainsi que le massage, la suralimentation et l'électrisation générale. En somme, pour le médecin de Philadelphie, l'isolement, la séparation du milieu habituel, était surtout destiné à favoriser l'application des diverses thérapeutiques physiques considérées par lui comme utiles à la cure de ces affections. Cependant, il faisait valoir, d'autre part, que l'isolement avait cet avantage de soustraire les malades à leur entourage,, « devenu partie intégrente de leur vie de valétudinaire », à l'influence pernicieuse de « ceux qui se sont faits les esclaves de leurs caprices ». On peut donc, à juste titre, incarner l'isolement ainsi compris et pratiqué, comme destiné à permettre un ensemble de traitement physiques, et seulement d'une façon accessoire, à éliminer les influences morales mauvaises, sous cette formule: *isolement avec traitement moral négatif*.

En France, la doctrine de l'isolement fut adoptée et propagée surtout par Chacot.

II. Depuis lors, cependant, un fait capital s'est produit. Sous l'influence de l'école Nancéienne, est apparu le rôle éminent, primordial, dans les névroses, de l'élément moral, psychique et celui de la psychothérapie qui en découle. Or, et ceci ne peut manquer de frapper, tandis que ceux qui les premiers avaient parlé de psychothérapie, avaient fort peu fait mention de l'isolement, nous avons vu, plus récemment préconiser l'isolement au nom de la psychothérapie elle-même. L'isolement nous est aujourd'hui présenté comme fournissant les conditions les plus favorables à la mise en œuvre du traitement psychique: c'est ce que nous appellerons l'*isolement avec traitement moral positif*. C'est cette doctrine que nous voyons exposée par Dubois (de Berne), et surtout par MM. Camus et Pagniez, reproduisant l'enseignement de M. le Prof. Déjerine.

Il me semble qu'on peut ici déjà pressentir la vérité: c'est que ces auteurs, encore tout imprégnés des doctrines anciennes, se sont, en réalité, arrêtés à moitié de la route. Continuant à maintenir par

habitude prise le traitement de Weir-Mitchell, d'ailleurs déchu déjà de sa plendeur première, ils ont tenté une compromission, une adaptation, qu'ils n'ont pu que faire forcément imparfaite, insuffisamment cohérente, entre ces doctrines qui méconnaissaient le rôle capital de la psychothérapie, et les conceptions modernes qui doivent en être toutes pénétrées. La psychothérapie, bien comprise, ne cadre nullement, comme on nous le dit, avec l'isolement: elle conduit, ainsi que je le montrerai, à une conception, à une pratique tout opposée, qui est la *cure libre.*

III. Mais il y a plus et nous voyons le mot d'isolement, comme la conception qu'il a longtemps incarnée, continuer encore, à leur insu à influencer ceux-là mêmes qui n'y voient qu'un simple adjuvent de la psychothérapie. Et c'est ainsi qu'à cette notion d'isolement, synonyme de *séparation du milieu habituel,* se mêle et s'amalgame, d'une manière, je ne crains pas de le dire, absolument déplorable, une autre notion tout différente, celle de l'isolement pris au sens propre du mot: *l'isolement-solitude.* C'est au nom de cette conception tout à fait étrange, que l'on voit les malades nerveux, déjà si portés à s'obséder sur leurs préoccupation morbides, isolés, *laissés seuls,* dans l'établissement où ils sont soignés, ou, s'ils sont traités chez eux, dans une pièce de leur appartement, à l'écart de leurs proches, qui n'ont pas permission de les voir, sans même la compagnie d'un garde, c'est-à-dire en somme dans les meilleures contions possibles pour cultiver leur névrose. C'est ainsi encore que l'on nous montre, dans l'ouvrage précité, les malades d'hôpital soigneusement isolés, murés dans leurs lits, avec rideaux fermés, ne s'entr'ouvrant qu'au fur et à mesure qu'il consentiront à guérir.

Dans ces procédés quelque peu rudimentaires, comme dans ceux auxquels j'ai fait allusion déjà, vestiges toujours du traitement de Weir-Mitchell, et que quelques-uns persistent à observer scrupuleusement, suppression absolue de toute visite, de toute lettre, de toute nouvelle venant de l'extérieur, intervient ,il faut bien le noter, un autre élément encore, et qui me paraît tout aussi peu favorable pour une bonne guérison des névroses: je veux dire la contrainte, l'*intimidation,* l'autorité trop sévèrement imposée. Si cette manière de faire, cette conception de l'isolement, peut, à la rigueur trouver sa justification, bien rarement, chez certaines natures rebelles, dans les cas d'anorexie dite hystérique, dans certaines manifestations essentiellement mentales, — l'esprit du malade, profondément faussé, pouvant n'être alors accessible qu'à certains procédés d'éducation quelque peu frustes —, l'expérience me permet d'affirmer que ce ne peut et ne doit être qu'à titre tout à fait exceptionnel, et le plus communément, il n'en est nul besoin dans le traitement de la neurasthénie et des autres manifestations nerveuses.

III

On le voit : sous ce mot unique d'isolement se mêlent, bien à tort confondues, plusieurs conceptions thérapeutiques fort distinctes, qu'il était indispensable de dissocier tout d'abord. Cette confusion, cette équivoque, non aperçues encore ne sont certes pas déjà pour constituer à l'égard de la méthode elle-même une présomption bien favorable. Mais ce n'est là qu'un premier point. Et il suffit de prendre à part chacune de ces conceptions, chacun de ces procédés thérapeutiques pour voir combien chacun d'eux est aussitôt justifiable des critiques les mieux fondées.

1° En premier lieu, et ainsi que je viens déjà de l'indiquer, la notion d'*intimidation,* que l'on fait encore entrer si souvent dans la conception de l'isolement, qui se retrouve même, peut-on dire, dès l'origine du traitement de Weir-Mitchell, dans cette condition *sine qua non,* préalablement exigée de tous les malades nerveux, la manière systématique, de se séparer de leur famille et de leur vie habituelle, avant que l'on consente à entreprendre pour eux quoi que ce soit, cette notion, dis-je, ne peut nullement s'accorder avec une thérapeutique qui prétend essentiellement s'adresser au raisonnement et à la raison. Sauf exceptions infimes, les procédés d'intimidation, d'autorité imposée, sont parfaitement inutiles — on peut même dire néfastes — et doivent disparaître entièrement du traitement des névroses.

2° Il en est de même pour la notion proprement dite d'*isolement,* c'est-à-dire de *solitude* constituant un élément prétendu favorable à la cure du nerveux. J'ai montré, il y a bien longtemps, que le repos physique communément imposé aux maledes nerveux, d'une manière si prolongée et absolue, ne déterminait aucunement, de façon obligée, le repos moral, avant tout indispensable au nerveux, et que celui-ci nécessite souvent, pour se produire, des conditions tout opposées d'exercice, d'activité, de distraction. Mêmes considérations s'appliquent à l'isolement. Ce qui est nécessaire au nerveux, ceci doit être clairement spécifié, ce n'est pas l'*isolement matériel, corporel,* où il ne peut, en effet, que ruminer, remâcher ses ennuis, ses craintes, ses idées pessimistes, sur sa maladie, son avenir, etc. C'est l'*isolement psychique, moral,* j'entends par là l'isolement de ces idées, de ces craintes, de ces obsessions. Or, cet isolement, il ne pourra de toute évidence l'obtenir qu'en étant entouré le plus possible, quoique naturellement avec toute la discrétion et tout le tact nécessaire. La vérité est donc à l'inverse de ce qu'on a enseigné classiquement jusqu'aujourd'hui. Pour tout résumer en un mot, *le nerveux ne doit pas être isolé, mais désisolé.* Le mot, comme la conception d'isolement, mises à part les rares exceptions signalées ne doivent plus trouver de place dans la thérapeutique des affections nerveuses.

3° J'arrive enfin à la troisième conception, la plus importante, englobée sous le nom d'isolement et que pour plus de commodité, je désignerai sous le nom de *séparation du milieu habituel.* Quelles sont les raisons qui, d'après ses partisans, militent en faveur de cette méthode ? On en invoque deux.

D'une part, nous dit-on, cette séparation permet au malade de reconstituer ses forces par le repos, inséparable de l'isolement. De l'autre, il se trouve ainsi soustrait aux soucis causés par les occupations de chaque jour, comme aux difficultés résultant de l'influence défavorable exercée par l'entourage.

Or, j'ai suffisamment montré que le repos n'est nullement favorable au nerveux, dans les proportions exagérées où on l'impose communément. N'est-il pas bien étrange, au surplus, que l'on persiste à ne considérer ainsi la question que sous une de ses faces, et à vanter si exclusivement le repos, et que l'on néglige totalement l'influence bienfaisante et tonique sur le système nerveux et l'organisme tout entier, du facteur opposé, de l'exercice, de l'action ?

Les autres considérations invoquées sont-elles donc plus valables ? Une première remarque vient tout de suite à l'esprit. On nous parle toujours de l'influence défavorable de l'entourage, péchant par excès de sollicitude ou de rudesse. En revanche, il est curieux que jamais l'on ne songe, — sans doute parce que l'on y trouverait d'emblée une de ces contre-indications que l'on prétend ne pas apercevoir à l'isolement systématique —, à metre en relief l'influence hautement favorable et salutaire que, dans bien des cas, il peut exercer. N'est-il pas bien certain, en effet, que bien souvent le malade trouvera chez ses proches une bienveillance, un dévouement, une abnégation, qu'il lui sera impossible de retrouver nulle part ailleurs à un si haut degré ? Pourquoi, en vérité, irait-on songer, dans ces conditions, à lui créer un milieu tout artificiel, et moins propice à sa cure ?

Mais, en admettant même que les conditions paraissent moins favorables, que l'entourage du malade ne soit pas tel qu'on le souhaiterait, que les occupations soient, dans une certaine mesure, pour lui, une cause d'inconvénient ou de fatigue, il faut bien reconnaître que le mal est souvent beaucoup moins grand qu'il n'a paru à première vue. Il n'est pas rare, — je le vois, pour ma part, constamment, — qu'il suffise de quelques restrictions dans les occupations coutumières, et, en ce qui concerne les rapports du malade avec ses proches, d'un peu de diplomatie, ferme et apaisante, de la part du médecin, pour que tout cet énervement, toute cette effervescence, si intense au premier abord, tombent très rapidement, en sorte qu'on puisse évoluer ultérieurement, si je puis ainsi parler, sans aucune difficulité, sur terrain aplani.

En fait, ce que l'expérience me montre, même dans les cas plus complexes, c'est que la cure dans le milieu habituel est parfaite-

ment possible: à part exceptions infimes, j'ai pu, en effet, traiter ainsi indistinctement *la quasi totalité* des névroses de toute nature, qui se sont présentées à moi, sérieuses, graves, et même très graves, et dont quelques-unes, confinant aux psychoses, auraient précisément pu paraître d'emblée ne pas pouvoir ni devoir être traitées dans ces conditions. Ce que l'expérience me montre encore et surtout — jointe au raisonnement logique qui vient lui fournir un solide appui — c'est que *non seulement cette cure peut être faite, mais qu'elle doit être faite,* parce qu'elle est de valeur bien supérieure, dans ses résultats, à l'isolement. Bien mieux que lui, elle est capable — et c'est là, bien évidemment, le critérium par excellence — de déterminer une guérison réelle et définitive, *sans rechute ultérieure.* Nous arrivons ici à la question capitale qui domine, si je puis dire, tout le débat et dont la solution va faire voir, sans conteste, de quel côté, — cure libre ou isolement — se trouve la vérité thérapeutique.

IV

Il est, en effet, un fait d'importance primordiale, qui permet de juger, de départager, entre les partisans des deux méthodes, et que j'estime avoir bien mis en lumière. Je veux parler des *rechutes,* observées dans les conditions habituelles de traitement par l'isolement. Les adeptes de cette méthode, il faut bien le dire, n'ont pas attiré l'attention sur ce point, pourtant intéressant à considérer, et cela sans qu'il y ait lieu, à coup sûr, de suspecter leur bonne foi, mais par cette seule raison bien simple, c'est qu'ils ne sont guère appelés à les observer. En revanche, la plupart des praticiens, avec qui je m'en suis entetenus, et qui voient, en quelque sorte, l'*envers* du traitement, étant appelés à suivre de nouveau le malade, une fois qu'il est rentré dans son milieu habituel, m'ont paru avoir leur opinion très formellement assise à cet égard. Et, pour cette raison même, je les ai toujours trouvés tout prêts, après quelques explications de ma part, à se déclarer partisans, comme moi-même, de la cure libre.

Ces rechutes reconnaissent plusieurs causes sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre ici. Mais il en est une qui prime assurément toutes les autres en importance, et cette cause c'est précisément l'isolement. Un des faits des plus caractéristiques est, en effet, le suivant : elles surviennent d'une façon extrêmement rapide, une fois le traitement cessé, parfois presque soudainement.. Tant qu'il est isolé, le malade se donne à lui-même et donne au médecin l'illusion d'être parfaitement guéri. Il reprend sa vie normale, après des mois parfois de cure faite en dehors de chez lui. En quelques semaines, voire même en quelques jours, à la première occasion qui le provoque à mettre

sa résistance à l'épreuve, tout s'effondre, tout ce qui avait été si laborieusement acquis, disparaît, pour ainsi dire, instantanément. On voit de ces malades qui ont ainsi une série de rechutes, retombant à chaque fois, après des reprises de santé à peu près satisfaisante, décrivant ce que j'appelle familličrement les *montagnes russes,* exhaussement et affaissement se succédant sans interruption. On conçoit le découragement de ces malheureux, auxquels on ne fournit aucune explication de ces rechutes, et par suite, puisque tout l'essentiel de la cure réside précisément, ainsi que je l'ai établi, dans l'ensemble de notions justes, dans *l'éducation* qu'on aura su donner au malade nerveux, aucune possibilité de s'en prémunir.

L'explication n'est pourtant pas malaisée à trouver. Il suffit d'y réfléchir, en dehors de toute doctrine, à la lumière de ce simple *bon sens,* qui, dans l'étude des névroses surtout, l'emporte sur toutes les théories. Voici un mala 'e pour lequel on élimine toutes les causes susceptible d'agir défavorablement sur lui. On le met au repos complet; on le suralimente; on lui remonte le moral, d'une façon forcément imparfaite cependant, il faut bien le noter tout de suite, puisqu'il se trouve précisément placé dans un milieu tout factice, et sans contact avec les réalités de la vie. Puis, brusquement, sans préparation aucune, sans la moindre transition, vous le replongez de nouveau au milieu des ses conditions d'existence antérieures! Puisque j'en suis aux comparaisons, qu'il me sois permis d'évoquer celle que j'ai donnée déjà, et qui, dans les conditions rigoureuses où je vois institué l'isolement, n'est nullement exagérée. C'est un peu l'histoire d'un malade à qui l'on aurait longuement enseigné les mouvements de natation en chambre, et que l'on voudrait ensuite entraîner à une pleine eau : le désastre ne serait pas loin!

V

Quelle est donc la conclusion à tirer? Si peu conforme qu'elle soit aux idées reçues, il me semble qu'elle jaillit maintenant des faits eux-mêmes avec une parfaite clarté. Et cette conclusion la voici :

Si l'on veut prévenir ces rechutes — si communes dans l'état actuel des choses, que pour les cas tant soit peu graves, beaucoup seraient presque tentés de les considérer comme la règle —, si l'on veut mettre de son côté toutes les chances d'aboutir à une guérison cette fois vraiment sérieuse et définitive, le remède doit être cherché précisément diamétralement à l'opposé de tout ce qui a été préconisé jusqu'aujourd'hui. En d'autres termes, à l'inverse de ce que prescrit la méthode d'isolement, il ne convient nullement de mettre le nerveux *en serre chaude,* c'est-à-dire de le sevrer de toute difficulté, de toute occupation, de toute vie : il est indispensable, tout au contraire, de le maintenir en contact avec les réalités de l'existence, pour l'aguer-

rir contre elles, pour l'habituer à discerner par lui-même dans ce qui l'entoure, tout ce qui est susceptible d'influer sur lui, soit en bien, soit en mal, et à réagir en conséquence, en un mot, pour développer en lui, autant que faire se pourra, les facultés de résistance personnelle et consciente. De même, bien loin d'imposer une immobilité absolue et prolongée, comme on le fait encore constamment, même dans les cas où celle-ci est le moins justifiée, on doit s'appliquer, dès le début du traitement, à dégager tout ce qui demeure dans le malade, malgré les apparences premières, souvent trompeuses, d'énergie, de vitalité encore subsistante ; et, par suite, tout en instituant naturellement le repos et la détente nécessaires, on doit l'inviter à y associer, dans une mesure aussi large que possible, l'activité qui stimule et tonifie le système nerveux, et exerce d'ailleurs, au point de vue moral, psychique, une action dérivatrice des plus puissantes. Enfin, et c'est là sans doute le point le plus important qui différencie les deux méthodes, puisque c'est le fond même de la doctrine de l'isolement qui se trouve ici mis en cause, je considère que c'est une méthode mauvaise, trop timorée dans son esprit, et fâcheuse dans ses conséquences, parce qu'elle ne se cadre nullement avec le but *éducateur* que doit s'assigner le traitement, que d'éloigner le malade de son entourage, de ses proches. La ligne de conduite doit être tout à fait autre. Elle doit viser à réaliser progressivement entre les deux parties l'*adaptation* nécessaire, de telle sorte que ne puissent plus se reproduire dans l'avenir les heurts, les désaccords, les froissements, grands ou petits, qui, le plus habituellement ont constitué l'une des causes provocatrices les plus certaines de l'affection nerveuse.

Le traitement vrai de la neurasthénie et des névroses, qui prémunira sûrement le malade contre toute nouvelle atteinte ultérieure, et le mettra — cette formule me paraît très typique — en état de véritable *vaccination antinerveuse*, ne réside nullement dans la thérapeutique trop molle, trop passive, trop *lâche*, que l'on a continué si regrettablement à enseigner jusqu'aujourd'hui. Il est dans une méthode qui saura avec toute l'énergie, comme aussi bien évidemment, avec toute la prudence et tout le tact voulus, l'entraîner avant tout, *à vivre et à agir*. Il réside en un mot, non pas dans une thérapeutique morale forcément encore toute doctrinale et théorique, telle que nous l'ont décrite les auteurs indiqués, faite dans l'isolement, mais dans l'*éducation vraiment active et vivante, donnée en cure libre*.

VI

Cette nécessité de la cure libre, quelques-uns n'avaient pas été, d'ailleurs, sans la pressentir depuis longtemps. Vigouroux écrivait

à ce sujet, dès 1893 : « En ce qui concerne, disait-il, ces deux moyens empruntés à la méthode de Weir-Mitchell, isolement et repos absolu, c'est ici plus que jamais le lieu d'insister sur le précepte fondamental de ne rien poursuivre sans avoir une idée très nette des indications correspondantes. La recommandation est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit de modes de traitement très pénibles à supporter... Les cas où leur emploi est motivé me paraissent devoir être bien rares (1). » Je rappelerai également les restrictions apportées par d'autres auteurs. Oulmont, Schreider, Burkhardt, etc.

Il faut bien le dire cependant, les objections faites à la méthode de Weir-Mitchell ne pouvaient prendre de consistance et de portée sérieuse, tant que la médication causale de la neurasthénie et des névroses restait imprécise, tant que l'on faisait consister presque uniquement l'essentiel du traitement dans des prescriptions de médicaments ou de régimes, ou encore dans des procédés thérapeutiques de divers ordres, dont le rôle demeure assurément tout à fait secondaire. Alors même qu'on en vint à reconnaître l'importance capitale, et trop longtemps négligée de la thérapeutique morale, ou psychotérapie, la signification de la cure libre ne pouvait pas apparaître tant que les méthodes dans lesquelles on incarnait cette psychothérapie, n'en donnaient qu'une approximation insuffisante : suggestion, persusasion, et, à plus forte raison, le lointain et suranné hypnotisme auquel quelques-uns s'attardent encore si singulièrement ! Une fois bien spécfié, au contraire, que le traitement des névroses, comme la thérapeutique morale elle-même, peuvent et doivent, ainsi que je l'ai établi, se résumer, se synthétiser, en ce seul et simple mot d'*éducation*, tout devient aussitôt parfaitement clair, tout s'enchaîne immédiatement de la façon la plus logique. Une éducation, en effet, ne se conçoit, ne peut prendre de valeur et d'efficacité, que *dans la mesure où elle se fait pratique*, où elle devient bien réellement une *éducation de volonté* (1) se formant et se développant au contact et sous le contrôle de la vie elle-même. Education, comme traitement des névroses ; cure libre comme milieu où cette éducation doit être faite ; ces deux termes se relient entre eux de la manière la plus étroite et la plus indissoluble. Aussi ne puis-je douter que ne l'emporte prochainement cette thèse de la cure libre sur la méthode archaïque et injustifiée de l'isolement, comme se sont imposées de plus en plus, malgré certaines résistances encore subsistantes, les idées que j'ai, pour ma part, défendues depuis longtemps, sur la thérapeutique morale et éducatrice elle-même.

---

(1) VIGOUROUX. *Arthritisme et neurasthénie.*

(1) P.-E. LÉVY. *L'éducation rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique.* (F. Alcan), 8e édition.

Sur certaines formes de paralysie générale traumatique

par le Dr Et. Jourdan (de Marseille)

—

J'ai eu l'occasion de voir soit directement soit en expertise d'accident du travail quelques malades qui, à la suite d'un traumatisme crânien, ont présenté un syndrome paralytique dont l'évolution a été si différente de celle de la paralysie générale classique, qu'il m'a paru intéressant de vous en rapporter les observations.

Observation I. — M. X..., 47 ans, négociant, est un homme robuste, solidement planté, qui n'a aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire, cependant un frère mort paralytique général : l'origine spécifique de cette paralysie générale n'était pas douteuse.

M. X..., aimait beaucoup les sports et tous les dimanches il faisait de grandes promenades à bicyclette. Or, pendant une de ces promenades, alors qu'il marchait à une assez vive allure, il se trouve brusquement au tournant de la route en présence d'une automobile. Pour l'éviter il fait une embardée à sa droite, tombe de sa machine et on le relève évanoui, la tête ensanglantée. Transporté chez lui, son médecin constate des plaies multiples du visage et du crâne, du ptosis de la paupière supérieure gauche et une fracture de la face postérieure de l'orbite du même côté. Toutes ces lésions guérissent rapidement et un mois après l'accident, M. X... reprenait ses occupations.

Sept à huit mois après cet accident, M. X... se plaint de fatigue musculaire, de torpeur cérébrale. A son bureau, il est chargé des écritures et il constate que ce travail lui devient pénible, qu'il est obligé de mettre beaucoup plus de temps qu'auparavant pour faire ses comptes; lui qui était très actif, marchait beaucoup, n'était jamais fatigué, se plaint de fatigue rapide, il ne se sent plus très solide sur ses jambes. D'ailleurs il n'est pas le seul à faire ces constatations : sa famille et son associé s'aperçoivent du changement qui s'est opéré en lui; aussi, malgré son opposition, l'oblige-t-on à se reposer et à consulter son médecin. Celui-ci ne constatant aucun trouble objectif, pense à de l'asthénie que le repos, la suralimentation et quelques toniques feront rapidement disparaître. Mais ces phénomènes persistant, le médecin, croyant à une affection du système nerveux, m'adresse le malade (mai 1907).

Voici le résultat de l'examen auquel nous avons procédé à ce moment :

Le facies du malade est atone, figé, le regard sans expression, la parole lente, plus hésitante qu'embarrassée, monotone, cependant correcte et ne traduisant aucune idée morbide. Debout, l'attitude du malade est raide, on dirait que pour conserver son centre de gravité il est obligé d'exagérer la contraction musculaire; la marche et modifiée, les pieds écartés l'un de l'autre traînent sur le sol, la démarche est vascillante, mal assurée, aussi le malade n'aime pas à marcher seul, il préfère s'appuyer sur une canne et encore mieux sur le bras d'un aide. Le malade parle peu, cependant il répond aux questions qu'on lui adresse, il s'intéresse à la conversation sans cependant y prendre part, se rend compte de ce qui se fait

autour de lui tant en ayant l'air d'être étranger à ce qui l'entoure. On constate de l'inégalité pupillaire, mais celle-ci a été remarquée dès après l'accident dont le malade a été victime. On ne note aucune modification de la sensibilité générale ou spéciale, pas de modification des réflexes, pas d'atrophie musculaire. Cependant, chose à signaler, l'affaiblissement dont se plaint le malade est plus marqué à gauche qu'à droite. L'appétit et le sommeil sont normaux et le malade n'accuse aucune douleur.

Un fait qui a son importance a marqué cette période de début, c'est l'impuissance génitale. M. X..., qui était un homme très robuste, avait un appétit génital très grand. Au début de sa maladie, malgré ses tentatives, il ne pouvait jamais arriver à conclure, l'érection était lente à venir et toujours imparfaite, l'éjaculation impossible. Ce fait avait frappé énormément le malade et influé beaucoup sur son caractère : lui qui avait toujours été très gentil, très aimable pour sa femme, n'ayant jamais eu le moindre soupçon à son sujet, se montrait maintenant ombrageux et jaloux, faisait des scènes, était très en colère lorsqu'il la voyait causer avec quelqu'un ou lorsqu'elle rentrait plus tard qu'elle ne l'avait dit. Cette impuissance génitale à laquelle il ne pouvait se résoudre avait augmenté la dépression psychique et l'indifférence qui caractérise le début de la maladie.

Quelque temps après (juin-juillet 1907) apparaissent de petits ictus assez fréquents; on les constate lorsque le malade est debout ou assis; dans le premier cas, le malade sent la jambe gauche se dérober sous lui et il tombe, quelques instants après on le relève péniblement et il continue sa marche comme si de rien n'était; dans le second cas, la main gauche laisse tomber l'objet qu'elle tenait; le bras tombe inerte, quelques secondes après le mouvement revient. Ces ictus ne se sont jamais accompagnés de perte de connaissance et la paralysie a toujours été fugace. Ce qui est à noter, c'est que c'est toujours le côté gauche qui a été atteint : au fur et à mesure que ces accidents se répétaient les symptômes que nous avons signalés devient de plus en plus apparents : l'affaiblissement musculaire s'exagère, la marche devient de plus en plus pénible, les réflexes rotuliens diminuent, la parole est de plus en plus hésitante et embarrassée, on note du tremblement des mains qui empêche l'écriture et bientôt il est impossible de faire signer le malade; la torpeur intellectuelle augmente, tandis que jusqu'alors il lisait encore le journal, il ne le lit plus, le malade paraît complètement étranger à ce qui se passe autour de lui, cependant il se rend compte de tout ce qui se fait, il parle très peu, on est même obligé de le presser pour obtenir une réponse, mais dans tout ce qu'il dit il est impossible de déceler la moindre altération de sa mentalité. Il est toujours, quoique beaucoup moins démonstratif, très affectueux pour les siens : sa fille était à cette époque malade, il ne pouvait se résoudre à quitter sa chambre et lorsque le médecin venait faire sa visite, il l'attendait à la porte anxieux de savoir ce qu'il dirait. Il était à la même époque question d'un mariage pour sa fille; la situation personnelle et de la famille du jeune homme ne lui agréait pas, il n'en disait rien à sa fille, qu'il ne voulait pas contrarier, mais par contre faisait part de ses craintes à sa femme.

Cet état dure ainsi, les phénomènes morbides allant progressivement en

s'aggravant jusqu'en octobre 1908. A ce moment, à la parésie des membres inférieurs succède la paralysie, les réflexes sont abolis, il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales : le malade est confiné au lit ou dans un fauteuil. L'affaiblissement intellectuel est des plus marqués, le malade ne parle plus ou lorsqu'il dit quelque chose, il bredouille tellement qu'on a peine à le comprendre; cependant il a conscience de tout ce qui l'entoure, il reconnaît les personnes de sa famille, ses amis, ses médecins, mais il est dans une indifférence absolue, affalé dans son fauteuil, le visage hébété, les yeux fixes, les lèvres pendantes, la tête penchée sur la poitrine, le corps à demi fléchi sur les jambes, il reste ainsi sans remuer et sans se plaindre. Dans cette période apparaissent des crises de hocquet que rien n'arrête et qui durent plusieurs heures, et des vomissements; la déglutition devient difficile et on ne peut plus lui donner que des aliments liquides. Le malade a l'aspect d'un pseudo-bulbaire.

Au mois de janvier 1909, le malade tousse, a de l'élévation thermique, un point de congestion pulmonaire du côté droit. Cette congestion disparaît en vingt-quatre heures mais la température continue à monter (39°5, 40°). On constate alors de la raideur des muscles gauches, du cou, du droit externe gauche de l'œil et du membre supérieur du même côté, des vomissements et de la diarrhée : le malade ne parle plus mais il porte constamment sa main droite à la tête montrant ainsi qu'il en souffre. Cette méningite emporte le malade en quarante-huit heures.

Observation II. — En 1903, j'ai vu en expertise d'accident du travail — avec le Dr Sachaux et le Dr Flavard — un ouvrier menusier dont voici l'histoire :

Cet ouvrier travaillait à la devanture d'un magasin; il était sur une échelle qui glisse; il tombe et va butter de la tête (occiput) sur le bord du trottoir. On le relève dans le coma, on le transporte à l'hôpital où le diagnostic de fracture de la base du crâne est porté. Quelques jours après il sort du coma et présente des troubles psychiques : il ne sait pas où il est, ne reconnaît pas son frère qui est près de lui, ne se rappelle pas de son accident, ne sait plus qui il est, s'excite et s'agite : tous phénomènes qui font porter le diagnostic de paralysie générale pour laquelle le malade est évacué sur l'asile Saint-Pierre. C'est là que quelques mois après nous le voyons en expertise médico-légale. Ce malade a un facies hébété, sans expression, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, le corps est plié en deux doubles, les jambes molles et traînantes, porté plus que soutenu par deux infirmiers. Nous ne constatons aucun trouble mental : le malade se rappelle très bien toutes les phases de son accident, son séjour à l'hôpital reste nébuleux, il ne s'en souvient que parce qu'on lui a raconté, il nous dit son âge (40 ans), le lieu de sa naissance (il est Italien), donne des renseignements sur sa famille, sur son métier; il est navré d'être dans un asile au milieu de malades qui ont perdu la tête et demande à en sortir pour retourner dans son pays au milieu des siens qui le soigneront, car il est très préoccupé de son état. La parole est lente, hésitante plus qu'embarrassée; il ne peut marcher, éprouve un grande faiblesse musculaire et de la fatigue générale : les réflexes rotuliens sont abolis, les membres inférieurs paralysés, il a de l'incontinence d'urine.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de la paralysie générale est écarté et sans avoir un avis précis sur la nature et le siège des lésions, nous concluons à une affection grave du système nerveux avec pronostic peu favorable et une incapacité de travail permanente de 95 pour cent.

Je ne sais ce qu'est devenu ce malade qui, j'avais oublié de le dire, n'accusait aucune syphilis dans ses antécédents.

Observation III. — A..., Félix, 40 ans, cocher, a, le 31 mai 1909, une colision entre sa voiture et un tramway : la voiture est coupée en deux et lui est précipité de son siège, tombe sur le pavé, est relevé évanoui avec des contusions multiples de la tête et du corps. Il guérit assez rapidement de ses contusions et reprend son métier de cocher. Dès le mois de juillet sa femme constate « qu'il ne raisonne plus comme auparavant et qu'il oublie facilement ». Au mois d'août, les troubles de la mémoire deviennent très apparents. Lorsqu'il prend un voyageur dans sa voiture, il oublie en route l'adresse que celui-ci lui a donné; il ne se rappelle plus la situation des rues. Un jour, chargé d'aller prendre à la gare une malle pour la transporter au quai d'embarquement de la Compagnie transatlantique pour le bateau en partance pour Alger, il se trompe et la transporte aux Messageries maritimes et sans la faire enregister l'embarque à bord d'un bateau de cette compagnie. Quelques jours après, le propriétaire de la malle la réclame au cocher qui se rappelle l'avoir transportée sur un bateau des Messageries mais ne peut dire le nom du bateau. Cette amnésie s'étend à tout : il oublie de donner à manger à son cheval, laisse la clef à la porte de son écurie et bientôt comprenant lui-même que son métier lui devient impossible à faire, d'ailleurs ses clients l'abandonnant, il vend sa voiture et son cheval et vit auprès de sa femme sans rien faire.

Je vois ce malade pour la première fois en janvier 1910 et voici ce que je constate : la parole est hésitante, monotone, embarrassée, le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche; le faciès est figé, sans expression, il y a de l'inégalité pupillaire. Le malade se plaint d'affaiblissement musculaire, il marche avec une certaine raideur, les réflexes patellaires sont diminués. Au point de vue psychique, à part l'amnésie que j'ai décrite, il ne présente rien d'anormal, cependant il n'est pas soucieux de son état maladif, il accepte sa situation, qui, il le reconnaît, est précaire; il mange et dort bien et ne se préoccupe de rien. N'a jamais été malade sauf une crise de rhumatisme articulaire alors qu'il avait 18 ans; ne boit pas, n'a pas eu de syphilis. Deux enfants, un fils de 13 ans, qui est bien portant et est à l'Ecole pratique d'industrie où on est très content de lui, une fille qui est morte à l'âge de 4 ans d'une congestion pulmonaire.

J'ai revu ce malade en juin : il est plus abattu que lors de son premier examen, il se préoccupe de moins en moins de sa situation, sa femme est obligée de le conduire comme un enfant : il n'a aucune initiative et si on le laissait tranquille il passerait ses journées assis sur une chaise à lire son journal que d'ailleurs il lit à l'envers. Comme sa situation pécuniaire n'est pas brillante, on lui a trouvé une petite situation : il est balayeur de rue; mais, étant donné son amnésie, il oublie le nom et la position des rues qu'il est chargé d'entretenir. Cette amnésie est bien plus une amnésie

par inattention qu'une amnésie véritable; en effet, en le forçant à se rappeler, il énumère avec difficulté, il est vrai, le nom et la situation des rues dont il a la charge. Il est content de lui sans cependant qu'il ait une satisfaction véritable, se dit robuste alors que ce sentiment est en contradiction avec l'état réel d eses forces; il aune tendance à exagérer dans le sens de la grandeur, mais non en ce qui le concerne : c'est ainsi que parlant de quelqu'un de connu, il le dit riche à plusieurs millions, mais quant à lui, il a la notion de sa siutuation exacte au point de vue pécuniaire. Ce malade n'a jamais été d'une mentalité bien élevée, mais il n'y a nullement chez lui un affaiblissement très grand et progressif de l'intellectualité et de la moralité : il ne se préoccupe ni de ses enfants, ni de sa femme, ni de sa situation, pourvu qu'il mange et qu'il dorme il est content.

Voilà trois cas où, soit immédiatement, soit quelques mois après un traumatisme crânien avec commotion cérébrale intense, un syndrôme paralytique a été constitué. S'agit-il de la paralysie générale vraie ou bien le traumatisme a-t-il déterminé des lésions diffuses cérébro-spinales qui, bien que donnant naissance à un syndrôme paralytique, sont différentes par leur natur eet leur évolution de celles de la paralysie générale vraie? C'est là une question que je ne saurais résoudre, toute mon ambition se borne à vous apporter quelques faits sur lesquels je serais heureux que vous vous prononciez.

A côté de la considération purement scientifique, ces cas me paraissent avoir une importance au point de vue médico-légale. En effet, souvent ces malades sont vus en expertise à une date assez rapprochée du traumatisme, ou tout au moins au début de leur affection et comme à cette époque on n'a, pour se prononcer que quelques phénomènes subjectifs, on se trouve entre deux hypothèses la simulation ou la névrose traumatique. Il est vrai que, dans ces cas, la ponction lombaire pourrait donner des indications utiles, mais on n'y pense pas et ce n'est que quelque temps après, lorsque la symptomatologie n'est plus douteuse, que le blessé ou plutôt sa famille demandant la révision du procès, on est amené à faire le diagnostic exact.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1911. — Présidence de M. Dupré

Sur la paraplégie avec contracture en flexion

M. CLAUDE. — J'ai publié dans l'*Encéphale* (novembre 1910) une observation analogue à celles rapportées par M. Babinski à la dernière séance.

Dans les considérations qui suivirent la relation de ce fait, je n'ai pas insisté sur les caractères cliniques de la paraplégie. Mais on voit que tous les symptômes indiqués par M. Babinski se retrouvent dans ce cas. J'attirerai seulement

l'attention ici sur les lésions, faible atteinte des faisceaux pyramidaux, sauf dans la partie lombo-sacrée, mais dégénérescence très marquée des cordons postérieurs. Il est vraisemblable que dans ces paraplégies en flexion la faible intensité des réflexes tendineux et leur disparition dans certains cas sont sous la dépendance des lésions radiculaires et de la dégénération des cordons postérieurs. D'autre part, j'ai souvent noté l'exagération de certains réflexes cutanés (abdominal, crémastérien, tenseur du fascia lata) chez des tabétiques ou des malades atteints de sclérose combinée avec lésion des cordons postérieurs. L'étude de nouveaux faits anatomo-cliniques donnera peut-être l'explication du contraste curieux qui existe dans les paraplégies en flexion entre l'état des réflexes tendineux et des réflexes cutanés, et sur lequel M. Babinski vient d'attirer l'attention.

M. J. BABINSKI. — L'observation de M. Claude confirme les idées que j'ai exposées dans mon travail de 1899 et dans ma récente communication. On trouve, en effet, dans la relation de ce cas, les caractères typiques de la forme de paraplégie spasmodique que j'ai décrite. Au point de vue clinique, contracture en flexion avec exagération des réflexes cutanés, sans exagération, et même avec affaiblissement des réflexes tendineux; au point de vue anatomique, compression de la moelle, et absence à peu près complète de dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux.

Dans l'espèce, l'authenticité de ces faits est d'autant plus incontestable qu'ils ont été notés dans le compte rendu de l'observation d'une manière incidente, sans aucune idée préconçue. M. Claude n'y fait même pas allusion dans la discussion dont il fait suivre l'exposé des symptômes observés, se proposant seulement, comme le montre le titre de son article, de fournir une contribution à l'histoire des associations hystéro-organiques.

Ataxie chez un sujet jeune

MM. FERRY et GAUDUCHEAU. A Le malade que nous présentons à la Société est âgé de 25 ans et atteint d'une ataxie locomotrice très avancée en évolution. Les faits de cet ordre ne sont pas très communs, et c'est ce qui nous a engagé à présenter ce malade à la Société. Il est rare, en effet, de voir le tabes apparaitre aux environs de la vingtième année.

Paralysie radiale par section. Guérison

MM. SOUQUES et HUET. La section complète de la branche postérieur ou motrice du nerf radial a déterminé une paralysie complète, avec DR, des muscles innervés par cette branche. La suture du nerf, bien que tardive, a été suivie, après quatre mois, d'un retour graduel de la motilité et de l'amélioration des réactions électriques, c'est-à-dire de la régénération manifeste du nerf et des muscles. Il ne nous paraît point douteux que cette régénération ne continue à s'effectuer et arrive à une bonne réparation. Si le malade s'y prête, nous espérons le représenter complètement guéri dans quelques mois.

Assurément la suture d'un nerf mixte périphérique ne produit pas toujours le retour de la motilité volontaire dans les muscles paralysés, mais elle la produit dans un certain nombre de cas. Et cela suffit pour qu'il faille tenter l'opération. Celle-ci peut être tentée avec succès plusieurs mois après l'accident.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux

M. SOUQUES. — En juin 1909, j'ai présenté une malade que je considérais comme atteinte d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. En effet, à côté des signes généraux des tumeurs cérébrales : céphalée, vomissements, stase papil-

laire, ce malade offrait un syndrome cérébelleux très net : asynergie, titubation, vertiges, nystagmus, etc. Le siège de cette tumeur dans l'angle ponto-cérébelleux *gauche* se trouvait indiqué par une série de symptômes unilatéraux : surdité de l'oreille gauche, hémiasynergie et diadococinésie du côté gauche, parésie des mouvements conjugués des yeux vers la gauche.

L'autopsie a démontré l'existence d'une tumeur située dans l'angle ponto-cérébelleux gauche. Cette tumeur, dure, bosselée, énucléable, du volume d'une noix, refoule en arrière l'hémisphère cérébelleux correspondant qu'il détruit partiellement, et vers la droite la masse bulbo-protubérantielle. La protubérance est déformée, incurvée en croissant, et l'hémisphère du cervelet très réduit, du fait de la compression de la tumeur qui s'est creusée une loge à leurs dépens. La VIe paire ne touche pas à la tumeur, la Ve qui rampe à sa surface est très comprimée et aplatie en ruban ; il en est de même de la VIIe. Quant à la VIIIe, il est impossible de constater sa présence. Il est à remarquer que cet homme n'a présenté ni nevralgie ni anesthésie du trijumeau, ni parésie faciale, malgré la forte compression des nerfs facial et trijumeau. La lenteur de la compression en est sans doute la raison.

Y a-t-il en clinique un signe capable de démontrer si la lésion est *intra* ou *extra cérébelleuse?* Je dirai à ce sujet : Grainger-Stewart et Holmes pensent que les *caractères du vertige* peuvent donner la solution. Lorsque les objets extérieurs paraissent au malade se déplacer du côté de la lésion vers le côté sain, ou bien lorsque la sensation subjective du vertige indique un déplacement du malade du côté sain vers le côté lésé, *on pourrait affirmer l'existence d'une tumeur extracérébelleuse*, à savoir de l'angle cérébello-pontique. Dans les tumeurs intracérébelleuses, c'est l'inverse qu'on constaterait. Chez mon malade le côté de la lésion, indiqué par la surdité unilatérale, est apparemment le côté gauche. Or, cet homme ne voit pas les objets extérieurs se déplacer. Il y a là un trait négatif qui ne peut servir dans l'espèce. D'autre part, il a la sensation de se déplacer lui-même vers la droite, c'est-à-dire du côté malade vers le côté sain. Il s'ensuivrait donc que la tumeur devrait être chez lui intracérébelleuse. Je suis loin d'en être convaincu et je tends à la croire située dans l'angle ponto-cérébelleux. » Et j'ajoutais plus loin : « Chez le malade que je présente j'admets que la tumeur siège dans l'angle cérébello-pontique gauche. Je me base d'abord sur la surdité gauche, en second lieu sur l'hémiasynergie de ce côté. Les autopsies ont montré, en effet, que l'hémiasynergie siège du côté de la lésion. On peut encore invoquer la parésie des mouvements conjugués de latéralité vers la gauche. D'après Grainger-Stewart et Holmes, dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, cette parésie des mouvements conjugués des yeux se voit *souvent* du même côté que la lésion. »

L'événement a prouvé la justesse de ces déductions. Etant donné ce diagnostic, la question de l'intervention chirurgicale devait être posée. Elle le fut, mais le malade et sa famille la rejetèrent. Et c'est regrettable, car l'opération aurait pu donner ici un résultat curatif. La tumeur est petite, très facilement énucléable : la guérison définitive était possible. Eût-on dû sectionner le nerf auditif qui, du reste, ne fonctionnait plus, et même le nerf facial, que le dommage eût été négligeable.

Il faut pourtant reconnaître que les résultats de l'ablation chirurgicale des tumeurs cérébello-pontiques ne sont pas brillants d'après les statistiques de Borchardt, F. Henchen et Baisch, vu que la mort s'ensuit dans les deux tiers des cas et que la survie des cas heureux n'est pas bien connue. Mais, depuis la publication de ces statistiques, la technique a fait des progrès. D'autre part, abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs conduisent presque fatalement à la mort. Etant donnés ce pronostic fatal, d'un côté, et de l'autre la possibilité d'une guérison définitive et permanente — il en existe des exemples — il est rationnel de recourir à l'intervention chirurgicale. Il faut le faire de bonne heure, alors que la tumeur est encore petite et facile à extirper.

M. CLAUDE pense qu'aucun signe pathognomonique ne permet le diagnostic différentiel des tumeurs intra ou extra cérébelleuses.

Dystrophies musculaire avec syndrômes glandulaires

M. CLAUDE. — Ce malade est atteint de troubles dystrophiques multiples qui peuvent être rangés, à mon avis, sous trois catégories : dystrophies musculaires d'origine nerveuse centrale, dystrophies myopathiques, phénomènes d'insuffisance pluriglandulaire.

Il est permis de se demander quels liens unissent ces dystrophies musculaires et ces troubles pluriglandulaires ; c'est un problème que je compte envisager avec de nouveaux faits.

En tout cas, il me semble que les dystrophies musculaires observées ici ne sont pas toutes du même type, et bien que dans certains faits comme celui d'Oppenheim et Cassirer (1896) qui réalisait un tableau clinique assez voisin de celui du syndrome Charcot-Marie, on n'ait pas trouvé d'autres lésions que celles des myopathies banales, je crois que chez mon malade il y a des signes suffisants de lésions nerveuses pour ranger ce cas dans la dystrophie neuritico-spinale plutôt que dans le groupe des myopathies. Plusieurs observations assez comparables ont été rapportées par M. Ettore Lévi qui a montré combien le cadre de ces dystrophies musculaires à substratum anatomique spinal était encore mal délimité.

M. P. MARIE pense qu'il ne s'agit pas d'une amyotrophie Charcot-Marie, mais plutôt du type Leyden-Mœbius.

Un cas de sciatique-zona

M. TINEL. — Voici un malade atteint d'un zona, mais avec une éruption extrêmement discrète et localisée, tandis que la névralgie intense et persistante s'étend en somme à presque tout le territoire du plexus lombo-sacré et réalise absolument le syndrome classique de la sciatique.

Il nous paraît peu probable qu'il s'agisse dans ce cas d'une radiculite avec éruption zostériforme. La douleur provoquée par la toux et l'éternuement fait absolument défaut ; il ne présente aucun autre signe méningé ou nerveux ; il n'existe aucun stigmate ou commémoratif de syphilis.

Il nous semble plus vraisemblable, étant donnée la poussée fébrile du début et l'évolution cyclique en une dizaine de jours, qu'il s'agit d'un cas de zona vrai, ganglionnaire, avec éruption réduite au minimum. Le processus infectieux, sans doute plus intense sur l'un des ganglions lombaires, n'aurait atteint les ganglions voisins que d'une façon assez discrète, pour provoquer uniquement des douleurs. Ce fait se rapprocherait en somme beaucoup des cas de zona sans éruption, décrits d'abord par M. Sicard, signalés ensuite par M. Widal et M. J. Minet.

A côté des *sciatiques tronculaires* par névrite, et des *sciatiques radiculaires* par méningo-radiculite, il y a peut-être lieu d'admettre l'existence de *sciatiques ganglionnaires* par zona, sans éruption ou avec éruption très discrète.

M. SICARD. — Dans sa communication très intéressante, M. Tinel vient de faire allusion au « zona sans éruption » que nous avons eu l'occasion de décrire. Il s'agit, dans ces cas, de sujets voisinant avec des malades atteints de zona classique, et qui eux-mêmes sont pris brusquement d'algie intercostale, ou au niveau d'un des membres, à type unilatéral. On prédit l'éruption. Celle-ci fait défaut. Si on a l'occasion de faire une ponction lombaire chez de tels sujets, on constate de la lymphocytose rachidienne.

En raison de l'évolution de cette algie au milieu d'une ambiance zostérienne, de son début qui se fait souvent par quelques frissons, par un malaise général; en raison de la lymphocytose rachidienne, du type radiculaire des douleurs, de la guérison qui survient en quelques semaines, nous avons pensé qu'il s'agissait là de formes frustes de zoster.

On sait que dans certaines formes de zona la lymphocytose rachidienne peut manquer; dans d'autres, ce sont les douleurs qui font défaut, dans d'autres encore l'éruption est réduite à son strict minimum, comme dans le cas de M. Tinel.

Pourquoi ne pas envisager la possibilité d'un manque absolu de vésicules herpétiques? Ce serait alors le « zona sans éruption ».

Si cette dénomination peut sembler trop paradoxale, quoique le terme de zona ne signifie étymologiquement que « ceinture », on pourrait grouper ces cas spéciaux sous le nom « d'algie d'origine zostérienne sans éruption ».

Sur le réflexe cubito-fléchisseur des doigts

MM. P. MARIE et BARRÉ. — Si l'on percute, *chez un homme normal*, la face postérieure de l'apophyse styloïde du cubitus, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras et en demi-pronation, la main tombante, et le poignet soutenu par l'index tendu de l'observateur, il se produit fréquemment un mouvement net de pronation de la main. A ce mouvement principal s'ajoute parfois un léger mouvement de flexion ou, plus rarement, d'extension de l'avant-bras.

Dans son ensemble, ce réflexe de type normal, peut donc être dit « réflexe *cubito-pronateur* ».

Mais la percussion de l'apophyse styloïde du cubitus, faite dans les conditions que nous avons indiquées, n'est parfois suivie d'aucun mouvement appréciable de la main.

Qu'on porte alors l'avant-bras en position verticale, et qu'on abaisse la main, que l'individu normal tient ordinairement dans le prolongement de l'avant-bras, et l'on verra souvent alors la percussion du cubitus, qui n'était tout à l'heure suivie d'aucun réflexe, provoquer un mouvement de la main, très net, sinon très accentué, et en pronation. Pourtant, même cherché de ces deux manières, le réflexe cubital se montre moins constant que la majorité des réflexes tendineux ou osseux habituellement recherchés.

Tel est donc le réflexe *cubito-pronateur*, ou réflexe cubital normal.

Chez *le malade* que nous présentons, la percussion du cubitus, faite dans les conditions que nous avons énoncées plus haut, produit un mouvement réflexe tout différent : en effet, immédiatement après la percussion, et d'une façon brusque, les quatre derniers doigts se fléchissent dans la paume de la main, tandis que le premier se porte fortement en dedans par un mouvement combiné de flexion et d'adduction. Ce mouvement des doigts est le seul que l'on observe; à peine voit-on parfois le long supinateur se contracter légèrement, et assez peu pour ne communiquer aucun mouvement à l'avant-bras.

Ce réflexe, qu'on peut appeler *cubito-fléchisseur des doigts*, est tout à fait spécial, il se distingue de la façon la plus nette du réflexe cubito-pronateur normal.

Chez *un autre malade* du service, nous l'avons trouvé, mais beaucoup moins vif que chez celui que nous présentons.

En résumé, on peut dire que le réflexe cubito-fléchisseur des doigts existe chez deux malades, atteints de lésion de la moelle cervicale, et portant presque exclusivement sur les VIIe et VIIIe segments (Ier dorsal peut-être aussi chez l'un, VIIIe segment cervical (et 1er dorsal peut-être) chez l'autre.

Chez ces mêmes malades, et chez celui que nous présentons surtout, le

réflexe de l'inversion du radius existe très nettement des deux côtés (si l'on a soin de percuter la partie tout à fait inférieure du radius) ; de même, le *réflexe métacarpo-phalangien* de Bechtetew est très franc des deux côtés.

Quelles relations y a-t-il entre ces différents réflexes : inversion du réflexe du radius de Babinski, réflexe métacarpo-phalangien de Bechterew et réflexe cubito-fléchisseur des doigts? Nous ne pouvons le dire actuellement.

Encore une fois, nous voulons nous borner aujourd'hui à exposer les faits: il faut attendre, pour préciser la valeur sémiologique du réflexe cubito-fléchisseur des doigts, que ces faits se multiplient et surtout que les examens anatomiques montrent exactement le siège et le type des lésions avec lesquels coexiste ce réflexe.

L'intérêt de ces recherches est, à l'heure actuelle, plus grand que jamais, puisque le diagnostic précis d'une lésion médullaire peut être désormais suivi d'une intervention chirurgicale beaucoup moins dangereuse qu'autrefois, et quelquefois curative.

Arthropatie tabétique chez un syphilitique non tabétique

M. BARRÉ. — Ce malade, atteint d'une pneumonie au déclin, est pris d'accidents articulaires brusques avec troubles vasculaires importants, qui bientôt sont suivis de raccourcissement spontané du membre. Ces accidents font penser à une phlébite avec troubles articulaires de nature indéterminée, puis à un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur, et finalement à une arthropathie nerveuse. En plus de ces trois hypothèses, une quatrième, également très légitime, est faite : on pense, à cause de la pneumonie récente qu'il peut s'agir d'arthrite infectieuse, et on fait, dans cet esprit, plusieurs ponctions profondes, qui ne ramènent, du reste, qu'un peu de sang.

Mais, de toutes ces hypothèses, une seule mérite vraiment de « s'imposer à l'esprit », c'est celle d'arthropathie tabétique.

Or, *ce malade n'a pas plus actuellement qu'il y a deux ans de signes de tabes.*

La ponction lombaire a été faite et a donné le résultat suivant : liquide d'apparence normale, albumine et sucre en quantité normale; 1,08 lymphocyte par millimètre cube (numération faite à l'aide de la cellule cytométrique du docteur Najeotte.

Nous concluons qu'il s'agit d'une arthropathie à type tabétique; nous pouvons ajouter maintenant que *cette arthropathie à type tabétique existe sans tabes.*

Panaris de Morvan unilatéraux

MM. KLIPPEL et MALLET. — Voici un malade chez lequel nous avons constaté un panaris de Morvan typique, qui présentait en outre des troubles trophiques très marqués de la main du côté opposé, et chez lequel nous avons trouvé une dissociation de la sensibilité à topographie radiculaire, tous symptômes qui relèvent d'une lésion syringomyélique de la moelle cervicale. Sous l'influence d'un traitement électrique ces symptômes se sont amendés à des degrés divers. La rétrocession des troubles de la sensibilité chez les syringomyéliques a déjà été obtenue au moyen de la radiothéraphie; chez notre malade elle a été particulièrement nette. Le panaris de Morvan est lié dans la plupart des cas à l'hypotrophicité du membre sur lequel il se développe; sur ce terrain particulièrement vulnérable le plus léger traumatisme, la plus petite infection peuvent entraîner des dépôts considérables; c'est ce qui s'est passé chez notre malade et l'agent physique n'a agi qu'en augmentant la trophicité des tissus.

Élévation d'une paupière ptosique dans certains mouvements de la mâchoire

M. CANTONNET. — Voici un cas analogue à ceux déjà publiés; les caractéristiques générales de cette maladie sont : *Etat de la motilité volontaire de la paupière intéressée :* quelquefois normale, quelquefois abolie en totalité (ptosis complet), le plus souvent ptosis seulement partiel; dans tous les cas, sauf dix, le ptosis était congénital. — *Etat de la motilité de l'œil :* presque toujours normale; dans six cas seulement un des muscles moteurs était impotent. — *Elévation palpébrale involontaire associée à des mouvements de muscles innervés par le trijumeau :* c'est la très grande majorité des cas; elle se produit dans l'abaissement direct de la mâchoire, assez souvent aussi dans la direction du côté opposé, jamais dans d'autres mouvements de la mâchoire. — *Elévation associée à ceux de muscles innervés par le facial*, un cas. — *Elévation associée à ceux de muscles innervés par le facial et de muscles innervés par le trijumeau :* mouvements mandibulaires; quelquefois elle est associée à des mouvements dus au glosso-pharyngien. — *Sexe :* le sexe masculin est atteint en très grande majorité. — *Unilatéralité :* un seul cas bilatéral, et presque toujours il s'agit du côté gauche.

Les théories pathogéniques sont variables; pour les congénitaux on doit admettre qu'un déficit dans le noyau du releveur (ptosis partiel) est compensé par une innervation supplémentaire venue du noyau masticateur ou d'autres noyaux. Pour les six cas acquis il faut probablement admettre que ces associations intermédiaires anormales sont déjà existantes, et que leur mise en jeu apparaît lorsque le releveur ou son noyau sont affaiblis par une cause quelconque.

Ces mouvements associés de suppléance sont certainement bien moins rares que ne le fait penser le petit nombre d'observations publiées et ils seraient sans doute très fréquemment rencontrés si l'on examinait systématiquement à ce point de vue tous les cas de ptosis *congénitaux, unilatéraux* et *incomplets.*

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

De la névralgie intercostale. — *Etude des symptômes accusés par les malades*, par W. Janowski. (In-8°, de 28 pages, Paris 1911, Masson et Cie, éditeurs, prix : fr. 1.25.)

Cette monographie, purement clinique, est d'un grand intérêt pour tous les praticiens. Savoir distinguer une névralgie intercostale semble, de prime abord, très facile. Or, il n'en est rien. Le travail du professeur de Varsovie le démontre amplement. L'auteur expose tous les signes de la névralgie intercostale et étudie ensuite les diverses manières dont se plaignent les malades atteints de cette affection si fréquente et si rebelle. Il nous apprend comment la reconnaître et comment il faut s'y prendre pour la distinguer de l'angine de poitrine, de l'appendicite, des affections de la vésicule biliaire, du rein et des crises douloureuses si variées de l'estomac. Nous ne citons que les affections dont le pronostic est grave, et qui, cependant, ne sont, très souvent, que des formes cliniques de la névralgie intercostale. Celle-ci, une fois reconnue, le pronostic change du tout au tout; la névralgie intercostale est, en effet, une affection bénigne, dont le traitement simple et efficace est exposé avec beaucoup de précision dans le dernier chapitre de cette monographie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les affections mentales curables et leur traitement

par Henri DAMAYE
Médecin de l'Asile de Bailleul.

L'histoire de la psychiatrie se présente actuellement en deux grandes époques. Dans la première, les auteurs français ont étudié l'évolution des délires et les signes extérieurs du terrain morbide; ils ont tracé les cadres et les grandes divisions des psychoses.

Cette période glorieuse de notre science fut, on peut dire, psychologique et anthropologique, en ce sens, qu'elle étudia les manifestations anormales de la pensée et les anomalies morphologiques du corps qui pouvaient coexister. La seconde époque, époque contemporaine, s'ouvre en 1889, après les découvertes de l'Ecolede Bouchard. Dès lors, avec Régis, la psychiatrie française entrevoit les liens qui l'unissent aux autres branches médicales. L'étiologie et la pathogénie apportent leur appoint et viennent, peu à peu, expliquer et compléter les lois cliniques si bien établies par les premiers psychiatres.

Dans les quinze dernières années du XIX[me] siècle, à la suite des découvertes pastoriennes et des expériences de Bouchard, une rénovation s'accomplit dans les différentes parties de la médecine et de la chirurgie, avec l'avénement de la pathologie expérimentale et les études anatomo-cliniques. La psychiatrie tend, en France, à se mettre à l'unisson des autres spécialités et à rentrer dans la voie tracée par ses fondateurs, voie hors de laquelle elle est une science abstraite où l'on disserte, à vrai dire, en langue morte. Certes, le cerveau est un organe délicat, souvent très apte à subir le contrecoup des affections chroniques de nos ascendants, et d'une réparation histologique parfois malaisée. Mais est-il, pour cela, soumis à des lois morbides bien différentes de celles des autres organes? L'évolution clinique et anatomique, ainsi que l'étiologie, semblent affirmer ici la similitude pathologique.

Il existe, en psychiatrie, d'une façon générale, deux groupes d'affection. Les unes, chroniques ou périodiques, où le rôle principal est dévolu au terrain, à la constitution cérébrale. Les autres, plus accidentelles, nécessitent, pour éclore et évoluer, l'intervention plus ou moins prolongée d'un poison exo ou endogène. La première série, hormis des cas bénins, névrosiques, influençables par la suggestion, est et restera sans doute longtemps encore en dehors des moyens d'action efficaces. Il en va tout autrement pour la seconde série: ici la Nature semble nous offrir quelque prise.

Ces affections mentales d'origine toxique ou toxi-infectieuse sont subordonnée, dans leur marche, à l'intoxication générale ou à l'inflammation d'un organe quelconque de l'économie. Le poison qui imprègne les cellules cérébrales tend évidemment à les mortifier, si le contact se prolonge un temps suffisant pour triompher de la vitalité de ces éléments. L'affaiblissement intellectuel est la traduction clinique de cette défaite. Mais la cellule nerveuse résiste; elle résiste un temps plus ou moins long, aidée en cela par les moyens défensifs mis en œuvre dans l'organisme tout entier. Cette période de résistance constitue pour nous une phase thérapeutique, durant laquelle notre intervention est susceptible de favoriser la défense corticale et de renforcer l'action des organes qui luttent pour neutraliser et éliminer les poisons.

En clinique, la phase d'imprégnation, de résistance, nous donne, selon les prédispositions individuelles, soit le tableau de la confusion mentale, soit celui de la manie ou de la mélancolie, soit celui d'un délire quelconque. Manie, mélancolie ou délires, ainsi que le pense Régis, sont souvent associés à la cenfusion mentale, lorsqu'ils relèvent d'une intoxication; mais ces mêmes formes mentales peuvent être, dans ces cas aussi, dépourvues de confusion, comme dans la série constitutionnelle.

C'est dons pendant la période aiguë ou subaiguë de confusion, de délire, de manie ou de mélancolie qu'il faut intervenir, afin d'aider la Nature en favorisant la réparation des éléments cérébraux impressionnés ou altérés. La chronicité est une étape de l'évolution malheureuse et sur elle se greffe souvent, mais non toujours, plus ou moins insensiblement, l'affaiblissement intellectuel.

Nous devons, par conséquent, placer une psychose toxique dans les conditions les plus favorables à la rémission. Pour cela, il importe de s'efforcer de la traiter le plus près possible de son début et d'imiter, autant que nos moyens le permettent, l'action naturelle qui amène parfois spontanément la disparition des troubles mentaux. Nous ne connaissons pas encore, il s'en faut, le processus biologique si complexe mis en œuvre par tout l'organisme dans l'intoxicité cérébrale. Nous n'avons encore surpris que des phases, phénomènes isolés de ce processus.

Dans les psychoses toxiques, il existe, durant la période aiguë ou subaiguë, période défensive, une leucocytose en mono ou polynucléose, selon la'ctivité de la lutte et de la défense. Il se produit, à l'annonce de la phase réparatrice, une éosinophilie souvent considérable (Dide) et qui alterne plus ou moins avec la polynucléose (J. Lépine et Popofl). Sans doute, la formule leucocytaire est aussi modifiée dans les troubles mentaux constitutionnels, mais pas avec la régularité ni les caractéristiques observés pour les psychoses toxiques. Le constitutionnel, comme aussi l'épileptique, sont

secondairement, à quelque degré, des intoxiqués, en raison de leurs troubles digestifs et de la perturbation générale causée par l'agitation, la dépression ou les crises convulsives. Mais ici, ces états toxiques, susceptibles d'aggraver le trouble mental, relèvent de ce dernier et n'en sont point la cause principale.

Dans les psychoses toxiques, il se produit au sein de l'écorce cérébrale, et parfois aussi dans la pie-mère, une poussée plus ou moins considérable de ces pitits éléments ronds leucocytaires ou névrogliques qui, dans les cas défavorables, deviennent neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse frappée à mort ou dégénérée. Le même processus peut évoluer aussi chez les constitutionnels, mais à la longue, lentement, sous l'influence d'intoxications secondaires (tuberculose, brightisme, etc.) dont l'action est favorisée par le surmenage ou l'épuisement mécanique d'éléments cérébraux pervertis dans leur organisation intime.

Les nécropsies qu'il est parfois donné de pratiquer pendant la phase première des troubles mentaux toxiques révèlent, en même temps que la lésion inflammatoire d'un viscère, l'hypertrophie de la rate et l'activité histologique des ganglions lymphatiques.

On voit les cerveaux des intoxiqués aboutir plus ou moins lentement, si l'évolution a été malheureuse, à une atrophie, à une rétractilité due à la gliose, avec abondance de liquide, ampliation ventriculaire, et souvent épaississement méningé. Les constitutionnels, au contraire, (déséquilibrés, délirants chroniques, périodiques, interprétants, etc.) n'ont guère actuellement d'anatomie pathologique. Ils aboutissent rarement à la démence et vivent aussi longtemps que l'individu normal. Leur cerveau conserve ordinairement son tissu épithélial, son volume, et les escarres et troubles trophiques, corollaires de la démence, n'apparaissent point chez eux. En somme, les quelques données possédées actuellement sur l'évolution biologique des maladies mentales nous montrent déjà assez nettement que les unes, psychoses toxiques, comportent la lutte, l'activité défensive, alors que les autres, constitutionnelles, ne présenent pas ces processus avec la même intensité, la même constance, la même régularité.

La recherche de la source virulente par l'exploration clinique de tous les organes est l'indication première dans toute psychose d'aspetc aigu ou subaigu, quelle que soit la forme du trouble mental. Ce sont les mêmes processus anatomiques qui donnent lieu, suivant la prédisposition individuelle, à la confusion, à la manie, à la mélancolie ou aux différents délires, et ces diverses formes vésaniques sont provoquées par n'importe quelle toxine. La nature du poison semble importer moins que la durée de son contact; aussi les infections ou intoxications chroniques, telles la tuberculose ou le mal de Bright, sont en général, plus redoutables pour l'avenir

cérébral que la métrite du col ou l'érysipèle. En somme, le diagnostic de la cause doit être approfondi le plus possible, dans les affections mentales supposées curables.

S'attacher, d'après les conceptions allemandes à des divisions psychologiques infimes, à des détails de nomenclatures, nous paraît moins profitable à l'avenir de la psychiatrie que la recherche des causes et des moyens de les combattre. Nous savons, en effet, que la clinique mentale nous offre surtout des formes mixtes, des types associés, beaucoup plus rarement des types purs: aussi est-il peu utile de subdiviser à l'infini les cadres cliniques, en se basant sur de seuls symptômes dont les associations psychologiques sont aussi variées que les individus. Mieux vaut, actuellement, s'en tenir à de larges divisions cliniques en s'aidant beaucoup de l'étiologie, de l'aspect franc ou insidieux et des grandes lignes de l'évolution.

Un fait de réelle valeur pour le pronostic est le caractère confusionnel, qui, ainsi que l'a montré Régis, révèle une étiologie toxique ou toxi-infectieuse. Mais l'œuvre de Régis et les observations de divers auteurs montrent aussi que l'occasion toxique peut donner lieu également à des formes exemptes de confusion.

La cause tangible du trouble mental une fois connue, il faut la combattre. Nous devons remarquer ici combien la tâche du psychiatre se complique, à mesure que s'éclaircit l'étiologie des psychoses. De plus en plus, nous serons appelés à faire œuvre de biologistes et non plus seulement de psychologues. Tuberculose, affections gynécologiques, maladies infectieuses, inflammations et suppurations de toute nature, insuffisance d'organes et démonctoires: toute la pathologie, pour ainsi dire, dévoile peu à peu sa contribution psychiatrique et pose de nouvelles indications thérapeutiques.

La mise à part des malades aigus s'impose de plus en plus, dans nos asiles, à la fois en vue de faciliter leur traitement et pour des raisons sociales. Ce n'est qu'en séparant les aigus, les supposés curables, des malades chroniques, qu'il est possible d'aménager des locaux et de former un personnel secondaire répondant aux nécessités de ces traitements hospitaliers.

C'est, en effet, la suppression de la cause qui est capable de donner des résultats réels. Tous les traitements symptomatiques ne sont que palliatifs et ne doivent pas faire négliger l'attaque de ce qui a produit, de ce qui entretient la maladie.

Si l'on considère le chiffre énorme des cas dus à la tuberculose pulmonaire ou pleurale, on ne saurait trop louer les ardents efforts faits par nos confrères des asiles en vue d'introduire dans leurs établissements, l'hygiène et l'alimentation susceptibles de s'opposer à ce fléau. Le traitement antituberculeux (suralimentation, viande crue, injections d'huile gaïacolée, collargol) donne des résultats

incontestables, lorsque la bacillose était antérieure au trouble mental. Nous avons vu guérir ou améliorer ainsi des sujets déjà avancés, des confusions, des manies confuses ou pures, des mélancolies et des idées délirantes diverses. Dans les cas confusionnels, l'élément confusion disparaissait le premier, laissant subsister la forme mentale manie, mélancolie ou délire qui s'atténuait ensuite peu à peu, au fur et à mesure, avec l'amélioration physique.

Chez la femme, un grand nombre d'affections mentales sont déclanchées par une infection strepto ou staphylococcique des voies génitales. Les constatations de Picqué, la thèse de A. Verhaeghe (1) sont très intéressantes à ce point de vue. Quelquefois, on aaffaire à des annexites; mais souvent, bien souvent, il ne s'agit que de métrite ou de vagino-métrite du col. En instituant le traitement approprié, on a chance de voir disparaître les troubles mentaux (2).

Avec la tuberculose et les affections gynécologiques, nous avons énuméré deux occasions extrêmement fréquentes des affections mentales qui, non traitées ou sur un terrain défavorable, passent à la chronicité puis à la démence. Les bronchites chroniques et les bronchectasies de la vieillesse agissent parfois dans le même sens que la bacillose pulmonaire. Les voies aériennes et, chez la femme, les voies génitales, constituent deux portes d'entrée de l'infection que le psychiatre doit toujours suspecter.

Les affections chroniques du tube digestif sont aussi, moins fréquemment, cause de maladies mentales. Nous avons vu, chez une héréditaire collatérale de 26 ans, un état de confusion chronique stupide apparaître à l'occasion d'une entéro-colite muco-membraneuse. Malgré les efforts thérapeutiques, cet état ne put être amélioré et il passe lentement à la démence.

Le mal de Bright, les cardiopathies sont des facteurs bien connus de troubles mentaux divers, souvent hallucinatoires (insuffisance hépato-rénale : Klippel, Régis, Vigouroux, Juquelier). Les cardiopathies entravent les fonctions des émonctoires par leurs stases périodiques et facilitent les dégénérations de ces organes.

Nous pourrions énumérer enfin toutes les maladies infectieuses, toutes celles qui intoxiquent, toutes celles qui provoquent à distance des dégénérations viscérales, en un mot toute sles inflammations médicales ou chirurgicales et leurs indications spéciales.

---

(1) A. VERHAEGHE. Fréquence des troubles génitaux chez les aliénés. (Thèse de Lille, 1907.)

(2) DAMAYE. La période de curabilité dans les affection mentales. (*Progrès Médical*, 18 juin 1910.)

DAMAYE et LAYDEKIER. Manie confuse aiguë par métrite du col. (*Echo Médical du Nord*, 28 août 1910.)

DAMAYE. Manie pure et manie confusionnelle. (*Revue de Psychiatrie*, septembre 1910.

Mais il existe quelques indications thérapeutiques générales, propres aux maladies mentales qui nous occupent, assez souvent efficaces lorsqu'elles sont judicieusement appliquées.

En fait de médicaments, nous donnons la préférence au *collargol,* qui peut être administré avec avantages dans toutes les psychoses toxiques, tuberculeuses ou autres, à toutes les période sde l'évolution. Le collargol n'est point toxique et ne trouble pas les fonctions digestives. Il stimule la leucocytose et contribue énergiquement à aider l'organisme dans sa défense et sa réparation. Nous le donnons à la dose de 12 centigrammes par jour, en pilules molles, mielleuses, roulées dans la poudre de réglisse, ou bien simplement en suspension dans un julep gommeux.

J. Lépine (1) en France, Fischer (2) et Donath (3) en Autriche, emploient le *nucléinate de soude* qui provoque une abondante leucocytose. J. Lépine injecte 40 à 50 centigrammes de nucléinate en solution à 2 ou à 5 p. c.

Outre le médicament de choix collargol ou nucléinate, il est très utile de recourir également à la *viande crue* ou au jus de viande crue, aliment « vivant » capable d'aider, quel qu'ait été le toxique, l'organisme et le cerveau dans leur lutte et leur réparation. Dès que le tube digestif peut supporter cet aliment, nous l'administrons à la dose quotidienne de 100 grammes, en sus de lait et d'œufs crus et d'une alimentations substantielle (1). La viande crue, jointe au collargol ou au nucléinate, transforme très rapidement l'état physique des malades et l'amélioration mentale ne tarde pas à s'ensuivre, dans les cas où elle peut être espérée.

M. Mézie et moi donnons aussi quelquefois, pour arriver au même but, la préparation opothérapique suivante, préparée et administrée quotidiennement, avec ou sans viande crue :

Moelle osseuse épiphysaire	25 grammes
Rate fraîche pulpée	25 grammes
Miel	15 grammes
Pruneaux cuits sucrés	30 grammes

---

(1) J. LÉPINE. Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale. (*Presse Médicale*, 29 janvier 1910.)

(2) Oskar FISCHER. *Praeger med. Wochenschrift*, 1909, n° 29.

(3) Julius DONATH. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1909, n° 38.

(1) Dans un autre ordre d'idées, disons aussi que les malades de notre service de gâteuses qui ne peuvent plus mâcher les aliments sont alimentées avec un litre de lait cru, deux œuf crus, quelques légumes, 50 ou 100 grammes de viande crue pulpée et, selon la méthode de M. Toulouse, 50 à 100 grammes de sucre dans le lait. On diminue ou on espace ainsi très sensiblement les décès.

Le tout, pilé et soigneusement mélangé dans un mortier, constitue une préparation agréable et facilement acceptée (1).

Cullerre (2), Rémond et Voivenel (3) ont retiré de bons effets de l'opothérapie cérébrale, chez des déprimés, des mélancoliques.

Page (de Bellevue((4) a également traité des confus catatoniques et des mélancoliques, avec quelque résultat, au moyen d'injections d'un extrait de substance cérébrale.

Nous emplovons, depuis plusieurs années, *l'iode*, comme antitoxinique et émménagogue, sous forme d'iodure de potassium (0.50 centigr. à 1 gr. par jour), ou sous forme de sirop antiscorbutique iodé à 1 p. m. Bucknill en Angelterre et Lunier en France administraient eux aussi, ce médicament. Les iodés donnent parfois de bons résultats ,mais leur administration doit être surveillée et intermittente .Nous leur associons le plus rapidement possible la viande crue, afin d'éviter l'amaigrissement, que l'on n'a pas à craindre avec le collargol. Les ingestions d'iode provoquent une augmentation du taux des éosinophiles (Marcel Labbé et Lortat-Jacob, Pouchet). Or, nous savons que l'éosinophilie, précisément, marque le début de la période de réparation. C'est là un rapprochement un peu théorique peut-être, mais qui semble à considérer. Les iodés accélèrent, chez la femme, le retour des règles, ce qui est également à retenir. Arm. Gautier a d'ailleurs constaté la présence d'iode et d'arsenic dans le sang menstruel, alors que ces substances ne se trouvent pas dans le liquide sanguin du reste de l'organisme. Nous avons eu recours, au début, à des injections massives intra-musculaires de liqueur iodo-iodurée, mais en raison de la douleur qu'elles provoquent souvent et de la difficulté de les pratiquer chez les agités, nous leur préférons l'ingestion par voie buccale.

Le gaïacol ,sous forme d'huile gaïacolisée, en injections intramusculaires, nous a paru aussi avoir quelque effet dans les psychoses, alors même qu'elles ne sont pas bacillaires. En effet, outre son action sur le bacille de Koch, le gaïacol exerce, d'après Burlureaux, une influence trophique sur le système nerveux. Claude Bernard avait même rapproché son action de celle du liquide orchitique. Les sérums organiques, notamment l'antidiphtérique, provo-

---

(1 DAMAYE et MÉZIE. Moelle osseuse et rate crues dans les affections mentales aiguës et subaiguës. (*Rev. de thérapeutique médico-chirurg.*, 15 mars 1910.)

(2) CULLERRE. *Gaz. Médicale de Paris*, 1892 et 1893.

(3) RÉMOND et VOIVENEL. Action des injections intra-musculaires de suc de substance grise dans les insuffisances de la cellule cérébrale. (*Soc. médico-psychol.*, 25 mars 1907.)

(4) PAGE. Une antitoxine cérébrale; sa préparation, son mode d'emploi. (*Presse Médicale*, 21 juillet 1909.)

quent parfois une leucocytose assez intense. Nous avons expérimenté ce sérum, avec le D[r] Mézie, sur une dizaine de malades, mais les résultats n'ont pas été aussi appréciables que nous l'espépérions. La leucocytose, après une injection, dure environ trois semaines. Mais, chez certaines de nos malades, il n'y a eu qu'une très faible réaction leucocytaire; deux ont eu une éruption fébrile : nous n'avons pas continué cette expérimentation.

Voilà donc quelques moyens utiles dans un assez grand nombre de cas. La thérapeutique psychiâtrique est certes chose difficile, et la pierre d'achoppement nous apparaît toutes les fois que nous tombons sur un sujet, dont la prédisposition trop marquée l'emporte sur l'influence des agents toxiques. Mais les autres branches de la pathologie ne comportent-elles pas, jusqu'à présent, des cas semblables et peut-être aussi nombreux! Les rémissions spontanées des psychoses toxiques, les guérisons sous l'influence d'une maladie infectieuse intercurrente nous prouvent bien la possibilité d'une thérapeutique pour tout ce qui ne relève pas uniquement de la constitution, de l'influence prédisposante. Nous connaissons aussi les résultats satisfaisants obtenus en Allemagne par Wagner von Jauregg, Blöck et Binswanzer, avec la tuberculine et la pyocyanine en France, par Azémar et Cathala, avec la steptotoxine et les abcès de fixation par l'essence de térébenthine. Combemale a aussi appliqué à deux cas de confusion mentale saturnine la méthode des abcès de fixation. Chez ces deux malades, les troubles mentaux disparurent en quelques jours (1). Nous n'insisterons pas sur les moyens classiques, alitement, hydrothérapie, substancss calmantes et stimulantes, employés à la fois chez les intoxiqués et les constitutionnels. Pour les cas costitutionnels bénis et offrant quelque prise à la thérapeutique, nous connaissons l'admirable méthode instituée par Déjerine et exposée dans les ouvrages de ses internes Camus et Pagniez. Cette méthode a pour objet la suggestion à l'état de veille avec isolement absolu sans lettres ni visites. Le malade, alité dans une chambre ou dans les lits d'une salle commune isolés par des rideaux, ne communique qu'avec le médecin. L'alitement le repose, la suralimentation par trois ou quatre litres de lait complète cette action. Ainsi guérissent des mélancoliques dépressifs ou hypocondriques, des obsédés, des abouliques et aussi des maniaques purs dégénératifs.

Telle est la voie dans laquelle la psychiâtrie doit s'orienter. Nous ferons alors vraiment œuvre utile, et l'humanité, mise à même d'apprécier le psychiâtre, l'honorera et aura envers lui un peu de reconnaissance.

---

(1) MINET et FONTAN. *Echo Médical du Nord*, 5 septembre 1909.
VANHAECKE et LECLERCQ. *Echo Médical du Nord*, 31 juillet 1910.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1911. — Présidence de M. Dupré

(*Suite et fin*)

Deux cas d'hypertension intracranienne sans tumeur guéris par la craniectomie

MM. VELTER et CHAUVET. — Voici deux cas d'hypertension cranienne, avec céphalée, vomissements, stase papillaire, qui ont complètement guéri à la suite d'une craniectomie décompressive. La guérison a porté non seulement sur les troubles cérébraux, mais aussi sur les troubles visuels : chez les deux malades la stase papillaire a totalement rétrocédé, et chez l'un d'eux, l'acuité visuelle est redevenue normale. Dans ce premier cas, nous avons eu affaire a un syndrome d'hypertension sans aucun symptôme de localisation. La cause exacte de cette hypertension nous échappe, mais l'évolution post-opératoire, et la guérison qui se maintient parfaite depuis six mois nous portent à croire qu'il n'y avait pas ici de tumeur cérébrale.

Peut-être a-t-il existé un processus comparable à ce que nous avons constaté chez le second malade. Chez ce dernier, en effet, les signes cliniques étaient ceux d'une tumeur; quelques symptômes, tels que la douleur localisée du côté gauche, la diminution de l'acuité auditive à gauche, l'hémiparesthésie droite, les troubles psychiques constituaient des signes de localisation de valeur très trompeuse. La guérison post-opératoire fut complète, et la vérification anatomique a montré le reliquat d'un processus qui avait conditionné épisodiquement le syndrome d'hypertension.

Etant donné l'état du malade qui, lors des premiers accidents, présentait des signes multiples de tuberculose, étant donné la réaction méningée légère, qui fut décelée à cette époque par la constatation d'une lymphocytose rachidienne, et aussi le siège de la lésion cicatricielle dans le cervelet, qui est la localisation de prédilection du tubercule solitaire, il est possible d'admettre qu'il s'est agi dans ce cas d'un tubercule; et peut-être sa cicatrisation doit-elle être attribuée aux conditions mécaniques et circulatoires favorables créées par la craniectomie.

Tumeur, hydrocéphalie ventriculaire

MM. ALQUIER et KLARFELD. — Chez une femme de 25 ans, existait un gliome d'un centimètre de diamètre, situé sur la ligne médiane, dans la calotte pédonculaire, immédiatement au-devant de l'aqueduc, qu'elle semble obturer complètement. La malade présentait depuis deux ans le syndrome d'hypertension cérébrale : céphalée, vomissements, stase et atrophie papillaires, sans autre signe de localisation qu'un peu de strabisme et de diplopie transitoires.

Les trois premiers ventricules cérébraux étaient nettement distendus, sans altérations de leurs parois ni des plexus choroïdes, visible à l'œil nu l'aqueduc dans sa traversée protubérantielle, et le IVe ventricule semblaient absolument normaux et nullement dilatés.

Ce fait semble bien indiquer que l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius est la cause de l'hydrocéphalie.

Obstruction intestinale chez les myopathiques

MM. HUET et BAUDOUIN rapportent deux cas d'obstruction intestinale chez des myopathiques où ils obtinrent la guérison par le lavement électrique.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MEDECINE MENTALE DE PARIS

Séance du 20 mars. — Présidence de M. LEGRAS

Accès maniaque chez une femme nouvellement accouchée

M. PICQUÉ présente une jeune malade qui, après avoir accouché sans accident, a présenté, deux jours après sa sortie de l'hôpital, un accès maniaque qui l'a amené dans son service de Sainte-Anne. Un curetage pratiqué de suite a permis de constater l'existence de nombreux débris placentaires dans la cavité utérine. La fièvre et le délire ont disparu simultanément et très rapidement.

La corrélation semble évidente. Les accès maniaques peuvent guérir spontanément et l'on pourrait alors invoquer la coïncidence. Il ne faut pas oublier tout d'abord que les foyers infectieux peuvent s'étendre spontanément, dès lors un accès maniaque disparaît seul ; on n'a pas autorité à dire qu'il s'en développe en dehors de l'infection. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'analogues, l'argument de la coïncidence a contre lui la rapidité avec laquelle disparaît l'accès maniaque.

Quant aux échecs qu'on invoque encore contre l'utilité de l'intervention, il faut également tenir compte du temps écoulé depuis l'apparition de l'accès maniaque jusqu'à l'intervention. Tel délire qui peut guérir si l'on supprime, dès son apparition, la cause qui lui a donné naissance, devient incurable si l'on n'intervient pas à temps.

Les aliénés dans l'armée

M. PACTET présente un jeune malade, de faible niveau intellectuel, qui, après s'être engagé, ne tarda pas, après avoir encouru de nombreuses punitions au régiment, à déserter. En prévention de conseil de guerre, il fut soumis à une expertise médico-légale et réformé. Il s'agit ici d'un sujet qui, avant son engagement, avait donné la preuve de son inadaptabilité à tous les milieux où il avait vécu.

Les faits de ce genre doivent être signalés dans le but de favoriser l'action des médecins de l'armée qui, avec une vue très nette des exigences de la collectivité militaire, s'efforcent, non sans se heurter à de vives résistances, d'en éliminer les éléments inutilisables et nuisibles.

M. CHAVIGNY insiste sur ce que le public, comme les administrations diverses, ne devraient pas pousser les débiles mentaux à s'engager. Ils font de déplorables soldats et il faudrait que la Presse fasse passer ces notions dans le grand public.

M. COLIN. — La question sera portée lundi prochain devant la Société Médico-Psychologique par mon interne, M. Beaussart, qui a dressé des tableaux-graphiques résumant l'existence de ce genre de malades. Vous pourrez

voir sur ces tableaux le résultat déplorable du service militaire, soit après l'engagement volontaire, soit à la suite de l'incorporation légale.

Une mystique thérapeute

M. DUPAIN montre une malade d'une quarantaine d'années, déjà traitée à Ville-Evrard il y a une quinzaine d'années pour un accès délirant hallucinatoire et qui présente, depuis cinq ans environ, un délire religieux avec des illusions, des interprétations délirantes, des hallucinations multiples, des idées de persécution et de grandeur, des préoccupations mélancoliques. Elle se dit en communication avec Jésus, et l'esprit de Dieu, de son Céleste Père, qui la guide et la conseille, l'a chargée d'une mission toute spéciale. Elle possède le don de guérir par la méditation et la prière. Pour se guérir elle-même, comme le lui dit la *voix intérieure* et prêcher d'exemple, elle se nourrit exclusivement de végétaux, se rase les cheveux, recouvre son corps d'un vêtement particulier et marche pieds nus, revêtue de son costume spécial. Elle parcourait les rues de Paris en offrant aux passants son programme de guérison.

Paralysie générale juvénile chez une jeune fille de 19 ans

M. LEROY présente une jeune fille de 19 ans, atteinte de paralysie générale ayant débuté vers l'âge de 13 ans. Au point de vue mental, on constate une démence simple, sans délire, avec apathie et insouciance remarquables. Au point de vue physique, de l'hésitation de la parole, de l'inertie pupillaire, pas de nystagmus; de l'incoordination motrice des jambes, de l'exagération des réflexes avec clonus du pied et de la rotule du côté gauche; par d'apraxie, pas d'ictus apoplectiforme ni épileptiforme.

Cette jeune malade ne présente aucun symptôme de syphilis héréditaire ou acquise, mais la ponction lombaire, pratiquée deux fois, à cinq mois d'intervalle, a été chaque fois positive.

Rémission incomplète au cours de la paralysie générale

MM. LIBERT et HAMEL présentent une malade qui offre une curieuse dissociation des troubles mentaux en même temps qu'une marche régressive de quelques signes importants. La dysarthrie et les idées de grandeur qui existaient au début, il y a un an, ont disparu. Les facultés sylogistiques et la mémoire paraissent intactes, mais il existe une démence des actes profonds. La malade collectionne des objets disparates, exécute des travaux de couture absurdes, elle est malpropre et puérilement coquette. Le fond mental est démentiel, les apparences, au contraire, sont sauvegardées.

Asphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire

MM. Marcel BRIAND et Maurice BRISSOT présentent à la Société une jeune femme de 29 ans, atteinte, depuis plusieurs années, d'aphasie sensorielle avec anarthrie absolue et chez laquelle il n'existe, à l'heure actuelle, qu'un déficit très peu marqué de l'intelligence.

Les auteurs insistent sur ces deux faits : 1° que la malade est capable de faire un testament mystique : 2° qu'elle est susceptible d'apprendre un langage conventionnel analogue à celui qu'emploient les sourds-muets pour converser entre eux et témoigner en justice.

Déficit intellectuel chez deux psychoses de Korsakoff

MM. FÉRET et TERRIEN présentent deux malades entrées à l'Asile il y a trois ans avec un syndrome de Korsakoff typique. Actuellement elles accusent

comme déficit intellectuel une amnésie de fixation totale et des troubles du jugement. Les malades, inconscientes de la gravité de leur état, se montrent capables d'apprécier de façon judicieuse ce qui se passe autour d'elles.

Interprétations délirantes et idées de persécution chez un déséquilibré

M. FILLASSIER présente une malade âgée de 51 ans, atteinte de délire de persécution, et chez laquelle les interprétations sont très abondantes. En revanche, il n'y a pas d'hallucinations apparentes. Les parents de la malade ne se sont aperçus de son état que vers 1905 ; au contraire, celle-ci fouille dans son passé et interprète des faits qui se sont passés il y a plus de vingt ans. Faut-il y voir un délire rétrospectif si fréquent chez les interprétateurs ? Faut-il se demander si la malade méfiante, réticente, n'a pas su dissimuler longtemps son délire ?

Paralysie générale associée

MM. VIGOUROUX et LEROY présentent les pièces anatomiques et les préparations histologiques d'une malade présentée par M. Leroy en 1908. Il s'agit d'une méningo-encéphalite diffuse où les lésions sont associées à des lésions de sclérose artérielle et d'endartérite.

Séance du 21 avril 1911. — Présidence de M. Legras

Paralysie générale et tabes conjugal

M. TRENEL présente deux malades atteints de paralysie générale et de tabes conjugal.

L'accident primitif est simultané chez le mari et la femme. La date du début du tabes chez le mari n'est pas précise ; il a surtout des douleurs fulgurantes et de la dysurie. Il a présenté récemment des accidents tertiaires.

La femme étant devenue nerveuse depuis deux ou trois ans, quinze jours avant son entrée elle a une vive émotion provoquée par l'arrestation de son mari sous prétexte d'exhibitionisme (à l'occasion d'accidents dysuriques). Rapidement, trouble intense de sa conscience, agitation extrême. Cette agitation incohérente persiste plusieurs mois, puis tombe très rapidement. La malade se montre actuellement, au bout de dix mois, bien orientée, a conscience de son état morbide. Comme signe physique, elle ne présente qu'un myosis double extrême avec signe d'Argyll. Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. La rémission est presque complète.

Paralysie générale conjugale

Pour compléter la communication précédente, M. LEROY présente deux nouveaux cas de paralysie générale conjugale.

L'une des deux malades est devenue paralytique générale six mois après le décès de son mari, mort à Vaucluse. Le mari était tombé malade huit ans après l'infection et avait été malade pendant cinq ans.

L'autre malade a un mari atteint de tabes et de paralysie générale soigné actuellement à l'asile de Villejuif ; l'infection remonte à vingt ans. M. Leroy discute le problème de la syphilis à virulence nerveuse.

Rémission dans la paralysie générale

M. TRÉNEL présente une femme paralytique entrée dans un état d'incohérence complète. Retour à une intégrité mentale en apparence complète, les signes physiques se réduisent à des troubles pupillaires. A propos de cette malade, ainsi que de la malade précédente et d'une autre présentée dans une séance antérieure, se pose la question difficile de la mise en liberté des paralytiques généraux en rémission.

Un cas d'apraxie

M. TRUELLE montre une femme qui présente de l'apraxie unilatérale gauche, aussi marquée dans la non-manipulation que dans la manipulation des objets, dans les actes simples que dans les complexes, plutôt exagérée dans l'imitation des mouvements, laissant indemnes les actes habituels, et qui, par suite, devrait être rangée dans la forme idéo-motrice de Liepmann. Mais des troubles intellectuels importants (amnésie, désorientation, aprosexie, persévération) et à certains moments la généralisation de l'apraxie, font que, par certains côtés, elle apparaît comme idéatoire; d'autre part, il existe, pour la main gauche, de l'asymbolie et de l'astéréognosie, d'où également origine sensorielle de l'apraxie.

Rapproché d'un autre cas présenté à la même Société, en mai 1910, celui-ci prouve que les diverses variétés d'apraxie se rencontrent souvent, sinon toujours, chez le même sujet.

Un cas de maladie de Dercum

MM. TRUELLE et BESSIÈRE montrent une femme de 38 ans, présentant une adipose diffuse laissant indemnes les extrémités, la face, le cou et la partie supérieure du thorax : douleurs à la pression et crises douloureuses spontanées; asthénie musculaire et psychique, troubles de la mémoire; phénomènes vertigineux et attaques épileptiques, bourdonnements d'oreille, tremblements, crises sudorales, etc. Symptômes pluriglandulaires et en particulier insuffisance ovarienne.

Un suicide chez un paralytique général

M. VIGOUROUX présente les préparations histologiques provenant du cerveau d'un paralytique général de 26 ans. Ce malade, syphilitique depuis dix ans, avait présenté des troubles du caractère depuis quelques mois, il se rendait compte de sa situation et parvint à se suicider. Au moment de sa mort il n'avait aucun signe physique de méningo- encéphalite. Cependant l'examen des coupes montre les altérations banales de la paralysie générale.

Du danger pour les épileptiques de s'endormir dans le décubitus abdominal

M. Marcel BRIAND montre les photographies d'une épileptique ayant contracté l'habitude de dormir dans le décubitus abdominal et qui succomba par suffocation, étouffée par son oreiller. Le désordre des couvertures du lit, l'attitude du cadavre, la présence de salive sanguinolente sur le traversin, auraient pu faire croire à un homicide.

Les aliénés au Maroc. Moristans et prisons. Moyens de contrainte

MM. WOLFF et SÉRIEUX, chargés d'une mission au Maroc, communiquent quelques résultats de leur enquête. Les aliénés inoffensifs ou qui paraissent tels, errent en liberté, mendient, se promènent quelquefois tout nus. Ce n'est que quand ils ont des idées mystiques qu'on les considère comme « des saints »; souvent les auteurs en ont vu poursuivis par des bandes de gamins sous les yeux de la foule qui riait. Ces aliénés libres, souvent méconnus, constituent un véritable danger social. Ils présentent l'élément agressif et violent de tous les mouvements populaires. C'est également parmi eux que se recrutent les auteurs des attentats et des meurtres commis sur les Européens, etc. Quelques aliénés sont gardés dans les familles attachés et maltraités. Quelquefois mal gardés, devenus dangereux pour les voisins, ils sont tués par eux. Les autres malades violents sont placés dans les Moristans et dans les prisons.

Moristans, sorte de prison annexée aux mosquées; peu de malades y sont traités.

Le Moristan de Fez, qui date du XVe siècle, est le plus connu. Une quinzaine de malades y vivent pêle-mêle avec des furieux, des contagieux. Ils portent tous au cou un lourd collier en fer (770 grammes) que les auteurs présentent à la Société. Une chaîne rivée au mur, assez longue pour leur permettre d'arriver jusqu'à l'entrée de leurs cabanons, est fixée au collier.

Alimentation : deux pains sans levain par jour. Litterie : nattes par terre. Couverture : burnous. Nul médecin ne pénètre dans ces lieux. Le plus grand nombre des malades dangereux sont dans les prisons. Ils portent constamment des entraves formées d'une barre pesante de fer et deux anneaux (poids total : 1550 grammes). Au moment du coucher, tous les aliénés et prisonniers de droit commun s'assoient le long des murs sur leurs nattes, se mettent leur collier au cou. Par des anneaux qui se trouvent dans chaque collier, un prisonnier passe le bout d'une chaîne, la transmet à son voisin qui en fait autant et ainsi de suite. La chaîne les lie en une sorte de chapelet de grappe humaine. Ils se couchent sur leur nattes. Tout mouvement latéral serre le cou des compagnons de chaîne, d'où immobilité forcée pendant la nuit. Ils sont abrités de la pluie, mais pas contre l'air extérieur. Comme couverture un burnous le plus souvent en lambeaux. Alimentation : pour les privilégiés, deux pains et de l'eau; pour les autres de l'eau; ils vivent de ce que leur apportent des parents et des gens charitables.

Hygiène déplorable. Epidémies meurtrières habituelles. Nul médecin ne pénètre dans les prisons où les aliénés, le plus souvent méconnus, traînent une existence lamentable.

BIBLIOGRAPHIE

Traité international de psychologie pathologique, par A. MARIE, avec la collaboration de MM les Professeurs Bechterew, de Saint-Pétersbourg; Clouston, d'Edimbourg; Déjerine, de Paris; Grasset, de Montpellier; Lugaro, de Modène; Magnan, de Paris; Pilcz, de Vienne; Raymond, de Paris; Ziehen, de Berlin. Tome deuxième, *Psychopathologie clinique*. 1 fort vol. grand in-8 de XXIII-1000 pages, avec 341 gravures dans le texte, 25 francs. (Librairie Félix Alcan.)

Le premier volume de cette œuvre importante due à la collaboration d'éminents professeurs et praticiens de tous pays était consacré à la *Psychologie*

générale. Le deuxième qui paraît aujourd'hui traite de la *Psychopathologie clinique.* Le troisième qui terminera l'ouvrage paraîtra au cours de la présente année et comprendra l'étude de la *Mentalité morbide au point de vue psychologique, la thérapeutique mentale* et *l'assistance comparée.*

Le deuxième volume débute par une magistrale étude du regretté professeur Raymond sur les Névroses et les Psychonévroses, complétée par le travail de M. le Prof. Bechterew sur l'État psychopathique dans les affections organiques nerveuses et cérébrales. L'important chapitre sur les Paralysies générales a été traité par MM. A. Marie et Lhermitte.

Après avoir consacré ces premiers chapitres à l'exposé descriptif méthodique des troubles liés à des altérations somatiques bien définies et établies, le Dr A. Marie place à la suite les troubles mentaux d'origine toxique ou infectieuse avec, comme formes intermédiaires, les états cycliques et confusionnels. (Pilcz, de Vienne; Bagenoff, de Moscou; Régis et Hesnard; Marie et A. Riche) et les manifestations délirantes dégénératives en bouffées ou chroniquement systématisées (Magnan, Sérieux et Capgras). Le volume se termine par les démences, paralytiques et autres, y compris la démence précoce, puis les arrêts du développement de l'encéphale avec leurs manifestations cliniques et psychopathiques (Ziehen, de Berlin, Pick, de Prague, Sollier, Roubinovitch, Colin et Bourilhet, Deny et Lhermitte).

La matière vivante et la vie, par A. Jacquemin. (In-8° de 240 pages avec 150 figures, Paris 1910, Schleicher, éditeur, prix : fr. 2.50.)

Ce livre vise moins à la vulgarisation qu'à la popularisation; il est écrit pour faire pénétrer dans la masse, avec les éclaircissements opportuns et immédiats, une vue synthétique non encore réalisée de la sorte jusqu'à présent et *qui permette au modeste d'acquérir quelques idées nettes au moyen desqueles il pensera.* Il s'adresse à tous ceux qui ne savent rien, ne prétendant pas leur inculquer la science, mais les mettre au courant de certains résultats très divers qui intéressent le domaine du problème de la vie. A ceux aussi qui savent beaucoup, mais qui, en raison de leurs occupations, manquent de temps pour s'initier à de nombreux documents éparpillés et disparates. A tout le monde, *avec pour but d'ouvrir aux yeux de ceux qui le liront des horizons plus étendus que ceux dans lesquels la vie matérielle les enferme.* Ce que l'auteur veut, c'est toucher les ignorants, affranchir quelques esprits obscurs et hésitants, amener quelques humains de plus à réfléchir et à se libérer du joug néfaste des *convictions*, des idées *toutes faites.*

Ce volume renferme 28 chapitres, ayant pour sujets : la place de la vie dans les phénomènes naturels, les êtres vivants et leur structure générale, les cellules, la matière vivante, la minéralogie des êtres vivants, les fonctions de la vie, physique et chimie de la vie, la vie élémentaire, matière et énergie, l'énergie entologique, l'irritabilité de la matière vivante, la reproduction de la matière vivante, la vie, questions de mots, la vie minérale, les hypothèses scientifiques, le passé de la terre, le passé de la vie, les origines de la vie, la représentation de la vie, la génération spontanée, l'évolution inorganique, le milieu d'origine de la vie, de l'éther à l'homme, le passé humain.

La vérité sur Lourdes, par le Dr Rouby (d'Alger), Paris. Libraire Emile Nourry, 1910, 1 vol. In-8° br., prix : fr. 7.50.

Le travail du Dr Rouby est la première étude scientifique indépendante qui ait été consacrée à Lourdes. L'auteur était merveilleusement préparé à l'exa-

men des merveilles lourdaises; aussi excelle-t-il à retrouver dans les récits apologétiques de miracles, les lignes décisives qui permettent de reconstituer le vrai diagnostic, et d'éclairer toute l'histoire et la guérison de la maladie. Son analyse a d'ailleurs été complétée par de nombreuses enquêtes personnelles auprès des confrères qui avaient donné leurs soins à certaines miraculées. C'est ainsi qu'il établit la fausseté des allégations de nombreuses miraculées, telles : Mlle Joséphine et Mlle Tulasne. Sa visite à Villepinte, et son enquête auprès des religieuses et du Docteur de l'établissement montrent ce que valent les audacieuses assertions de MM. Boissarie et Bertrin.

Le livre entier est écrit d'un style alerte, simple et clair, non dépourvu d'ironie et d'une pointe de bonne humeur.

La première partie, consacrée à l'histoire pathologique de Bernadette, est à bien des égards une révélation, et si elle ne nous donne pas encore toute la vérité, elle nous en donne du moins une partie considérable. Les confidences qu'une vieille religieuse de la Congrégation de Nevers fit au Dr Rouby achèvent le tableau. La seconde partie, consacrée à la critique médicale des grands miracles de Lourdes, critique éclairée par nombre d'observations tirées de sa pratique personnelle, fait le plus grand honneur, non seulement au médecin, mais à l'écrivain médical. Les troisième et quatrième parties sur l'Asclépion d'Athènes, aux beaux temps de la Grèce, et la source d'Alésia, à l'époque gallo-romaine, fournissent les points de comparaison les plus suggestifs et les plus curieux.

L'ensemble forme une contribution médicale des plus importantes et des plus neuves à l'étude des maladies simulées par l'hystérie ou l'hystérose.

La psychologie de l'attention, par N. Vaschide et R. Meunier. (In-18 de 200 pages, Paris 1910. Bloud, éditeur. Prix : fr. 1.50).

Les auteurs exposent, dans un volume précédent, la pathologie de l'attention, en la rattachant à une théorie plus vaste de l'attention.

Ils s'efforcent, dans le présent volume, de poser à nouveau le problème sur son véritable terrain expérimental et d'en différencier les aspects. Puis ils tirent les conclusions que leur semblent autoriser les données expérimentales actuellement existantes sur la question.

Parmi ces données ils font un choix sévère, ne retenant que celles qui leur semblent caractéristiques et qui montrent un aspect nouveau de l'attention agissante.

Ce n'est point une revue générale qu'ils ont voulu tenter : c'est une position de problème, montrant toute l'étendue d'une question qu'on a, généralement trop limitée et conduisant à une théorie dynamique que chacun des faits présentés semblent justifier.

Les auteurs concluent :

1° Nous sommes encore insuffisamment renseignés sur le mécanisme psychologique de l'attention; mais sur ce point les travaux de laboratoire pourront certainement nous permettre des conclusions précises quand une technique plus étendue, n'étudiant pas artificiellement des aspects mentaux cristallisés, se sera généralisée.

2° Même sans rien vouloir préjuger de son origine périphérique ou centrale, l'attention nous semble intimement liée à un état émotif; c'est seulement en diminuant le problème, en ne considérant que l'aspect le plus artificiel de l'attention, qu'on a pu contester les thérories affectives.

3° Mais, l'attention nous semble un phénomène psychologique d'origine centrale; la psycho-physiologie ne peut voir dans les phénomènes moteurs et périphériques de l'attention que des phénomènes concomitants secondaires.

4° Enfin, l'attention est une fonction essentiellement dynamique. Nous retrouvons son rôle dynamique partout où il y a fait mental, normal ou pathologique. Ce n'est donc plus seulement d'attention spontanée et d'attention volontaire qu'il faut parler, mais des nombreux et différents états de l'attention, que nous avons pu étudier dans nos deux monographies : attention spontanée, attention volontaire, attention consciente, subconsciente, pathologique, etc. Ainsi considérée, l'attention n'est plus un phénomène artificiel, mais la plus universelle des fonctions de notre vie mentale. Elle est essentiellement dynamique; elle est à l'intelligence ce que l'irritabilité réflexe est au système nerveux. Elle n'est pas un état : elle est un acte.

Les rêves et leur interprétation, par les Drs P. MEUNIER et R. MASSELON (in-16 200 pages. Paris 1910, Bloud, éditeur. Prix : fr. 1.50).

Le rêve dénote, en tout cas, une susceptibilité mentale particulière : c'est une pierre de touche de l'équilibre mental.

Pierre de touche, réactif de l'équilibre psychique, le rêve doit-il donc être considéré comme un phénomène morbide, réduit à sa plus simple expression, comme un phénomène pathologique, très léger, il est vrai, mais enfin comme un phénomène pathologique?

Malgré l'accumulation des documents, une telle assertion serait peut-être excessive.

Il est en effet deux moments physiologiques où le sommeil est incomplet, où le rêve, par conséquent, peut être considéré comme un fait normal : ce sont les périodes dites hypnagogiques du commencement et de la fin du sommeil, les deux moments de transition entre l'état de veille et l'état du sommeil.

Tout rêve qui ne correspond pas à ces moments particuliers est un phénomène anormal, nous ne disons pas un phénomène pathologique.

D'origine psychique, le rêve est le résultat d'une préoccupation ou d'une émotion : il reproduit l'élément causal d'une façon d'autant plus cohérente que celui-ci a été plus intense.

D'origine sensorielle, le rêve éveille une image du même ordre que l'impression reçue, mais susceptible des interprétations variées et des exagérations qui lui sont habituelles. Le rêve consiste alors en une vision panoramique à laquelle le rêveur assiste en simple spectateur, et où il ne joue qu'un rôle très secondaire.

Quand la cause provient de la sensibilité générale, le rêveur n'est plus un spectateur désintéressé. Il joue le premier rôle du drame dont il est le centre, et les événements du rêve ont pour but de le léser dans la partie de son organisme, où gît l'origine du rêve : d'où l'élément de douleur localisée qui caractérise le rêve cœnesthésique.

Le rêve anormal, c'est-à-dire celui qui apparaît en dehors des états hypnagogiques du début et de la fin du sommeil, peut être, soit nettement cœnesthésique (il signifie alors : traduction d'une sensation tactile ou viscérale) ; soit d'ordre général (et alors il peut relever de la sensibilité sensorielle, de la sensibilité viscérale, ou d'une état d'irritabilité nerveuse).

Mais dans tous les cas, le rêve signifie susceptibilité nerveuse, manifestation névropathique légère. De même que l'hallucination qui, bien qu'elle apparaisse comme un phénomène primordial de certains délires, peut cependant rester à l'état isolé, et ne pas aboutir à ses conséquences vésaniques, de même le rêve, même très actif, très tumultueux, peut parfaitement ne pas être le prélude d'accidents pathologiques. Bien des gens rêvent qui ne sont ni fous, ni malades, et ne le deviendront jamais par la suite.

Le rêve ne vaut donc pour le clinicien qu'autant qu'il est interprété. Ses

caractères, sa nature, ses concomitants, auront alors une grosse importance pratique.

Il y a cependant, d'une façon générale, des caractères de gravité plus ou moins accentués, qui permettent d'affirmer l'origine nettement pathologique du rêve.

C'est d'abord la *douleur*, surtout lorsqu'elle est intense et bien localisée. Elle peut être morale ou physique, se manifester par une sensation désagréable ou par de l'angoisse, des terreurs.

C'est ensuite l'*homogénéité* du rêve, qui atteste la persistance du substratum causal. Si le rêve ne fait que des variations autour d'une même idée ou d'une même image, c'est que cette idée ou cette image ont une base organique.

C'est encore la *stéréotypie* qui atteste la présence d'une cause identique, organique ou vésanique, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés.

C'est enfin la *persistance du souvenir*. Un rêve quelconque, s'il n'est précieusement noté dans les instants qui suivent le réveil, s'efface bientôt de la conscience, et il est impossible de se rappeler ce que l'on a rêvé. Les rêves anormaux, au contraire, laissent un souvenir persistant, parfois même obsédant, sans que le sujet ait besoin de les noter ou de faire un effort de mémoire.

La suggestion et ses limites, par MM. BAJENOFF et OSSIDOFF. (In-16 de 120 pages Paris 1911, Bloud, editeur. Prix : fr. 1.50).

Plus l'horizon de la conscience est large, plus solidement se tient la synthèse entre les éléments isolés de la vie psychique, plus l'attention, l'activité consciente et la volonté sont fortes, plus il est difficile d'obtenir les phénomènes du somnambulisme et de la suggestion; tandis qu'au contraire plus l'horizon de la conscience est étroit, plus la liaison se dissout facilement entre ses éléments, plus ses coordinations sont faibles, plus aisément se détachent et se forment les groupes d'idées et de représentations indépendants de la conscience, plus complet est l'automatisme du sujet.

Il est désormais facile de comprendre pourquoi et comment la suggestion, l'imitation et la soumission automatique sont des phénomènes psycho-physiologiques, si communs et si répandus.

Au point de vue social, au point de vue tant de fois discuté des limites de la suggestion, c'est, nous semble-t-il, cette suggestion intra-hypnotique qui constitue un véritable danger. Tous les faibles mentaux — et combien nombreux ils sont — peuvent subir ces suggestions à l'état de veille et les concrétiser en des actes criminels. Par contre, sauf des cas d'entraînement fort longs et très exceptionnels, il a toujours paru qu'il était bien difficile, sous l'influence d'une ou plusieurs séances d'hypnose, de faire commettre par un sujet des actes contre lesquels se révoltent ses tendances profondes.

Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale, par E. CLAPARÈDE. (In-8° de 280 pages, Paris, Fischlacher libraire.)

Dans cette deuxième édition, l'auteur publie sur le *développement mental* un chapitre entièrement nouveau que l'on peut résumer comme suit :

L'enfant se développe naturellement en passant par un certain nombre d'étapes qui se succèdent dans un ordre constant. Chaque étape correspont au développement d'une certaine fonction ou aptitude dont le jeu procure de la jouissance à l'enfant. Tous les objets susceptibles de faire jouer cette fonction ou aptitude naissante intéressent naturellement l'enfant, le captivent, l'atti-

rent, tandis que ceux qui ne correspondent au jeu d'aucune aptitude existante le laissent indifférent ou lui répugnent instinctivement.

Le secret de la pédagogie consiste à se servir de ces aptitudes naturelles de l'enfant, au lieu de le réprimander à l'occasion de celles qui lui font défaut, — qu'il n'en soit pas doué, ou qu'il ne les possède pas encore.

L'Analyse physiologique de la perception, par ABRAMOWSKI. (In-16. Paris 1911, Bloud et C[ie], éditeurs. Prix : fr. 1.50).

Dans cet ouvrage, l'auteur expose une nouvelle méthode de la recherche du corrélatif physiologique, qui consiste à considérer comme appartenant au corrélatif tous les éléments de l'organisme, nerveux et autres, qui fonctionnent simultanément avec la perception donnée, et dont l'arrêt change d'une manière ou d'une autre la valeur qualitative de l'objet perçu. Par cette voie il nous démontre que la perception, dans sa totalité psychologique réelle, correspond non seulement à l'objet qui impressionne tel ou tel appareil sensoriel, mais à l'ensemble des excitations du milieu qui agissent sur l'individu au moment donné, c'est-à-dire qu'elle correspond à toute la partie vivante de l'organisme.

D'après l'auteur, l'activité nerveuse, le fonctionnement des neurones n'est autre chose que leur nutrition élémentaire, le processus chimique d'assimilation et de désassimilation, conditionné toujours par un excitant. D'autre part, les variations des états de conscience, c'est le changement du groupe actif de l'organisme, dans lequel l'auto-intoxication par les produits de désassimilation joue un grand rôle. Ce sont ces idées nouvelles de psycho-physiologie que l'auteur développe dans son livre, en s'appuyant sur l'analyse des expériences.

Les mensonges de la vie intérieure, par G. DROMARD. (In-8° de 180 pages. Paris, 1911, F. Alcan, éditeur. Prix : 2.50).

Le mensonge est au fond de la vie, si par là nous voulons entendre que, malgré nous, et quoi que nous fassions, nous vivons en partie sur des certitudes précaires instaurées par le cœur seulement et nullement prouvées par le sens critique; le mensonge est au fond de la vie, si par là nous voulons entendre que ce sens critique opérant sans frein serait la ruine de ce qui nous fait vivre, et que, par suite, nous devons accepter sans cesse, pour ne point périr, cette contradiction étrange de n'admettre en principe que le vrai et de ne reconnaître en fait que nos illusions pour guide, de croire à la souveraineté dernière de la seule raison et d'agir pourtant comme si cette raison n'était point souveraine; le mensonge est au fond de la vie, si par là nous voulons entendre que toutes choses en nous sont paradoxales, et que ce paradoxe fondamental subsiste et s'impose universellement comme un mystérieux et suprême défi jeté par la nature aux logiques humaines.

Mais si l'*illusion* se présente comme le corollaire fatal et indispensable à la fois de notre imperfection, l'*imposture* ne peut se justifier par les mêmes motifs, et si les *certitudes provisoires* de la première favorisent pleinement l'extension de la vie, les *créances factices* de la seconde amoindrissent en revanche la personne humaine, en lui ménageant une quiétude trompeuse qui a pour conséquence de la détourner de sa grandeur finale. A défaut de fixer nos valeurs utiles sur une connaissance intégrale de tout et de notre être en particulier, nous devons aspirer du moins à prendre de ces valeurs mêmes une conscience lucide, et à mettre de l'ordre dans leur bilan.

Aussi n'est-ce point par le fait d'accepter un dogme ou de s'en affranchir que les hommes se séparent vraiment. De telles contingences les ont opposés sans doute et les opposeront encore par devant l'histoire, mais ces contingences doivent du moins les laisser pareils et tous confondus dans une soumission forcée au « mensonge vital ». Et en vérité les âmes valeureuses n'attendent pas, pour se constituer, des affirmations ou des négations dont on peut défendre alternativement la suprématie ou l'inanité. C'est de plus haut que vient leur distinction.

Par delà toutes les constructions qui ont servi d'étais à l'humanité passée, par delà les impératifs et les devoirs qui nous guident encore, par delà enfin le doute et la croyance qui acceptent ou repoussent de pareils tuteurs, il y a une volonté suprême d'harmonie qui s'exerce dans une âme saine hors des dogmes religieux et des prescriptions morales. Cette volonté suprême d'harmonie préexiste aux dogmes et aux prescriptions qui ne sont, après tout, qu'un rayon figé de sa lumière intense. De même que les atomes *veulent* obstinément se réunir suivant un groupement qui forme le cristal, de même aussi les forces humaines *veulent* être polarisées dans le sens exclusif de l'ordre éternel. Evoluer selon cet ordre, et confondre sa volonté humaine dans la volonté harmonieuse qui dirige le tout, c'est le « Devoir en soi ». Et cette aspiration vers « le plus grand bien du monde » est mieux encore qu'une tendance *vitale* : c'est une tendance *supérieurement vitale* parmi nos tendances, puisqu'ayant pour résultat une assimilation de nos fins individuelles aux fins de l'univers, elle est une inclination magnifique vers la plus grande vie que nous puissions concevoir.

L'auteur étudie successivement le moi fantôme, les croyances fossiles, le dilettantisme sentimental, les jugements de tendance, les raisonnements de justification, l'esprit d'entêtement, les équilibres et les déséquilibres.

L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier, par le Dr Th. Simon. Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. (In-12, 406 pages. Prix : 4 francs. — Paris 1911, Librairie médicale O. Berthier. — E. Bougault successeur).

L'aliéné n'exige pas seulement une prescription donnée en passant; il nécessite une organisation spéciale des services, une surveillance, une répartition et un dressage particulier des infirmiers. Un résumé des principes de cette organisation, un exposé minutieux de la tâche du personnel, voilà ce qu'on trouvera dans « *l'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier* ».

Cet ouvrage se compose de quatre parties.

La première partie résume les caractères principaux de l'aliéné, les indications de l'internement, discute la contention, développe les diverses attitudes auxquelles l'aliéné oblige;

La deuxième partie, après un résumé des modes de placements et des mesures à prendre à l'entrée du malade, est consacrée surtout à la pratique de *l'alitement.*

La troisième partie traite *du suicide, des aliénés dangereux;* puis des soins généraux : toilette, alimentation, etc.

Enfin l'auteur étudie en détails *le gâtisme*, l'épilepsie, et certains quartiers comme le pensionnat et *les services d'enfants*, pour terminer par des indications relatives à la sortie.

Telles sont les grandes lignes du plan suivi. L'ouvrage est en outre pénétré d'une atmosphère générale qui contribue à faire de « *L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier* » une œuvre vivante et pratique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Aphasie sensorielle compliquée de surdité et de cécité d'origine centrale. Autopsie

par le Dr F. D'HOLLANDER

Médecin à l'Asile d'aliénées de l'Etat, à Mons

H..., M., née le 5 juillet 1850; veuve; catholique; illettrée, deux enfants.

Pas d'hérédité mentale.

Trois atteintes cérébrales de nature progressive.

Pas d'épilepsie, ni convulsions, ni paralysie.

Depuis huit jours, manifestait des signes de la « folie de la persécution » quand elle a été admise à Bailleul le 14 août 1908.

Admise à Mons le 14 juin 1909, avec le certificat de transfert : « Est atteinte de démence liée à une affection organique de l'encéphale : affaiblissement global, très prononcé, des facultés mentales (a eu, antérieurement à son internement, trois ictus dans ces cinq dernières années), et s'accompagnant d'attente anxieuse, de verbiage incohérent, de turbulence, de désorientation complète, de désordre des actes et de gâtisme.

Etat physique précaire; affaiblissement et amaigrissement.

Le médecin qui nous l'envoie ajoute qu'il est « impossible d'obtenir une réponse aux questions posées; elle produit un véritable bredouillage dont on ne saisit aucun sens. Elle titube et doit être atteinte d'une affection cérébrale ».

Examen. Les nerfs VII et XII sont normaux.

Yeux. Mouvements sont bons.

Pupilles : la gauche est plus grande que la droite; réflexes lumineux, abolis.

Vision : nulle; toutes les tentatives pour attirer l'attention en excitant la rétine (lumière électrique, par exemple) échouent.

Il n'y a pas de cataracte. Le fond de l'œil n'a pas été examiné.

Ouïe. A droite nulle, à gauche minime (claquements des mains, cris, clefs, etc., n'attirent pas son attention).

Motilité. Démarche, force musculaire ne laissent rien à désirer; pas de paralysies.

Réflexes rotuliens existent, normaux, égaux.

Réflexes plantaires : Babinski permanent des deux côtés; pas Oppenheim.

Artères radiales dures.

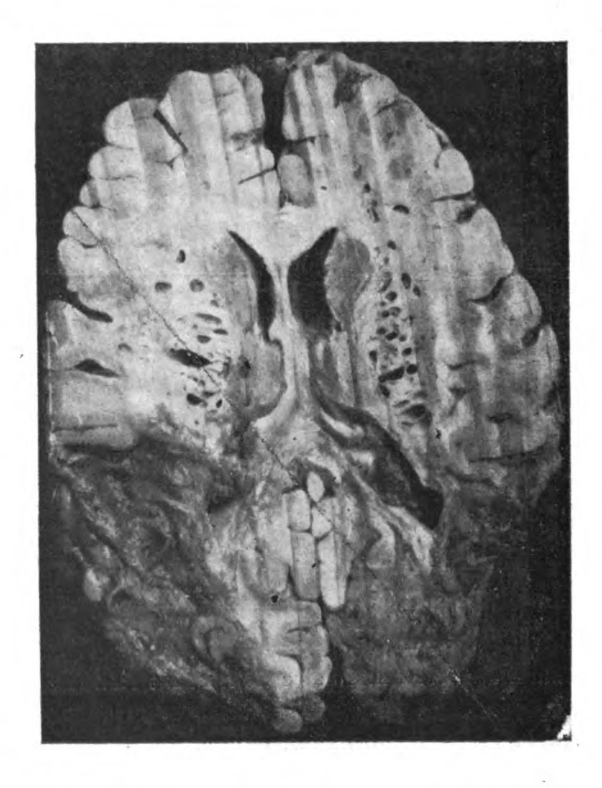
Nutrition très mauvaise ; eschare sacré superficiel; eschare fessier cicatrisé.

Gâtisme permanent.

La *compréhension verbale* est totalement abolie, car il existe de la surdité totale, bilatérale.

Le *langage* se réduit à des sons inarticulés, gémissements, cris de crainte, de frayeur. La malade ne cesse pas — et cela pendant les quinze mois qu'elle est restée chez nous — de bredouiller un verbiage incompréhensible, une vraie *jargonorrhée*. Cependant, en y prêtant bien attention, on parvient à saisir, de temps à autre, dans ce galimatias baroque, quelques mots, quelques lambeaux de phrases, qu'elle répète alors plusieurs fois de suite, par exemple : « Attends, attends, attends. » Il n'existe donc pas d'aphasie motrice complète, c'est-à-dire une abolition totale de la partie expressive du langage, mais une paraphasie logorrhéique très accentuée. *pargonorrhée.*

Sensibilité. La piqûre d'épingle est sentie à droite et à gauche ; la malade sent parfaitement les attouchements et réagit par des gestes, par de petits cris de satisfaction, quand on lui prend la main, lui caresse la joue, ou quand on lui tape amicalement le dos.



Palpation. La malade paraît même reconnaître divers objets qu'on lui met en mains sa figure s'illumine au contact d'un porte-monnaie, de pièces de monnaie qu'elle nous rend aussitôt, très poliment.

La lecture et l'écriture n'ont pas été examinées, pour la bonne raison que la malade est illettrée, aveugle, sourde et muette.

La malade meurt dans le marasme le 7 août 1910.

Les résultats de l'autopsie expliquent aisément les observations cliniques :

Les sphères senso-motrices sont intactes, notamment la troisième circonvolution frontale gauche.

La surdité bilatérale, la jargonorrhée et la cécité trouvent leur origine dans de vastes ramollissements bilatéraux. A gauche : un vaste ramollissement qui englobe la partie postérieure de T^1 et une partie de P^2 ; le ramollissement s'étend jusqu'à la pointe du pôle occipital.

A droite, le ramollissement ne s'avance pas aussi antérieurement dans T^1 ; par contre, il a détruit la presque totalité du cuneus.

Sur une coupe horizontale n° 48 de Déjerine, les deux ramollissements ont coupé de chaque côté les radiations optiques de Gratiolet.

La substance grise du noyau lenticulaire et de l'avant-mur ont disparu ; à leur place on trouve un état criblé très caractéristique. La capsule interne semble atteinte aussi. La couronne rayonnante renferme aussi quelques lacunes de désintégration.

En un mot, notre malade est sourde; aveugle — et muette, si nous osons dire ainsi — par suite de lésions centrales et acquises.

Au point de vue anatomo-pathologique, notons le contraste net et curieux entre l'état des grandes sphères de réception d'une part, et des sphères senso-motrices d'autre part : intégrité absolue des secondes, destruction complète des premières. Au premier abord, notre malade en imposait pour une aphasique totale ; à ce point de vue, il est intéressant de constater comment, même dans les conditions les plus désavantageuses, malgré l'existence de surdité et de cécité complètes, l'observation suivie et détaillée de la malade a pu classer exactement l'aphasie. En effet, la logorrhée intense, la jargonaphasie, la conservation de quelques mots, la tendance aux stéréotypies du langage, démontrent qu'il s'agit d'une forme sensorielle de l'aphasie, l'aphasie de Wernicke. L'intégrité de la troisième circonvolution frontale gauche confirme d'ailleurs cette interprétation.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 2 mars 1911. — Présidence de M. E. Dupré

Neurofibromatose et syndrome de Brown-Séquard

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et TINEL. — Ce malade se plaignait d'une faiblesse progressive du membre inférieur gauche, de gêne de la marche, et d'un point de côté à la partie inférieure du thorax, à droite.

Les troubles de la marche ont débuté il y a un peu plus de deux mois, et se sont constitués progressivement. Ils consistent dans une certaine faiblesse du membre inférieur gauche, sans aucune douleur, mais avec une sensation de raideur, quelques crampes, et de temps à autre quelques secousses musculaires déterminant un allongement brusque du membre.

Le malade ne se plaint d'aucun autre symptôme : les bras sont restés très vigoureux; il ne souffre pas.

Il y avait paraplégie spasmodique surtout marquée *à gauche*. Du côté de la sensibilité on note *à droite*, une hypoesthésie très marquée, parfois même une véritable anesthésie. Cette hépoesthésie remonte sur l'abdomen, s'arrêtant à peu près au niveau du rebord costal. Au-dessus de ce point, l'hypoesthésie se transforme lentement en hyperesthésie qui devient manifeste à la partie supérieure du thorax, et qui se prolonge sur le membre supérieur droit, sous forme d'une bande d'hyperesthésie qui s'étend sur tout le bord cubital de ce membre, dans le domaine de C VIII et D I.

Cette hypoesthésie est dissociée. Elle existe nettement pour la sensibilité tactile et un peu moins pour la sensibilité à la pression; mais elle est beaucoup plus marquée pour les sensibilités douloureuse et thermique, la première à peu près complètement abolie, la seconde un peu mieux conservée. Il existe également des troubles considérables du pouvoir de localisation des sensations tactiles; les erreurs sont énormes, atteignant vingt et trente centimètres.

A gauche, la sensibilité est très peu atteinte.

Il nous paraît logique, en l'absence de toute autre cause appréciable, d'attribuer la compression de la moelle à des neurofibromes radiculaires. Ils paraissent évidemment haut placés, sur le VIIe et le VIIIe segment médullaire cervical. Sont-ils facilement accessibles à une intervention chirurgicale?

On peut également se demander si les tumeurs n'occupent pas plusieurs étages médullaires. L'aggravation des troubles moteurs paraît avoir coïncidé avec l'extension en bas, du côté gauche, de l'anesthésie directe.

Enfin, il faut noter que l'évolution est progressive, et paraît même particulièrement rapide, ce qui cadre assez mal avec l'hypothèse de neurofibromatose simple, à moins cependant d'une transformation sarcomateuse.

Après discussion, nous nous sommes arrêtés à l'avis d'une laminectomie exploratrice permettant secondairement la radiothérapie directe. L'opération a été parfaitement conduite par M. de Martel, à la clinique chirurgicale du professeur Segond, à la Salpêtrière, le mardi 14 mars. La dure-mère cervicale apparut tendue au maximum, la température post-opératoire monta à 40° et s'y maintint jusqu'à la mort, survenue le 16. A l'autopsie, faite le 18 mars, nous avons trouvé une syringomyélie. L'examen histologique des neurofibromes et du névraxe sera publié ultérieurement.

Paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes de défense

M. SOUQUES. — Cette malade présente un type de paraplégie spasmodique en flexion : les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses à angle très aigu, de telle sorte que le talon est peu éloigné de la face postérieure de la cuisse. La flexion est à peu près aussi marquée à gauche qu'à droite. La contracture est très accusée, si accusée qu'on pourrait soulever la malade, en la prenant par les pieds, sans notablement modifier l'attitude. Les mouvements volontaires sont totalement impossibles. Il y a des rétractions fibro-tendineuses du jarret qui arrêtent vite les mouvements passifs d'extension, lesquels provoquent des douleurs et des mouvements de défense. Il est à remarquer que l'attitude actuelle s'est faite avec des alternatives de flexion et d'extension involontaires, lentes et peu douloureuses. Aujourd'hui l'attitude est à peu près invariable.

Il n'existe ni douleurs, ni anesthésie appréciable au niveau des membres inférieurs.

Les réflexes rotuliens sont faibles : à droite, on sent et on voit la contraction du quadriceps ; à gauche, elle paraît à peu près abolie. Il ne m'a pas été possible de rechercher les réflexes achilléens ; le signe de Babinski est positif à droite, indifférent à gauche. Le réflexe abdominal est aboli des deux côtés. Quant aux réflexes cutanés dits de défense, provoqués, par exemple, par le pincement, ils sont très exagérés ; le pincement de la cuisse provoque entre autres réactions un mouvement de flexion de tous les segments du membre : cuisse, jambe et pied.

La mort dans les craniectomies décompressives

MM. SOUQUES et DE MARTEL (1). — La craniectomie simple, sans ouverture de la dure-mère, exerce une action décompressive incontestable ; elle fait en général disparaître rapidement la syndrome d'hypertension intracranienne : céphalée, vomissements, stase papillaire, etc. Elle est le véritable traitement de ce syndrome. Et même, dans certains cas de céphalées rebelles et atroces, d'œdème de la papille évoluant vite vers la névrite optique, elle constitue en quelque sorte un traitement d'urgence.

Mais il importe de savoir que cette trépanation simple, si efficace dans l'immense majorité des cas, peut dans quelques cas exceptionnels, faire courir un grave danger et déterminer une mort rapide, post-opératoire. Ce n'est pas pour diminuer les indications de la craniectomie décompressive que nous appelons l'attention sur ces cas de mort. C'est, d'une part, pour indiquer, avec quelques exemples à l'appui, que le pronostic de l'opération n'est pas sans gravité et qu'il convient de faire des réserves avant d'intervenir ; c'est, d'autre part, pour tâcher de découvrir la cause de ce danger, et par suite de le prévenir, dans la mesure du possible.

L'auteur rapporte six cas ; l'autopsie a pu être faite trois fois. Trois fois elle a montré qu'il s'agissait d'une tumeur située dans la loge cérébelleuse, et fort avancée dans son évolution. La mort rapide peut, du reste, se produire dans les tumeurs intracraniennes de tout siège ; mais il est à remarquer qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les tumeurs de l'étage inférieur du crâne. Elle est, par contre, assez rare quand il s'agit d'un néoplasme de la convexité des hémisphères.

Il n'est même pas nécessaire qu'il y ait trépanation cranienne pour que la mort rapide survienne. L'un de nous a eu l'occasion d'en observer un exemple frappant dans le service de Charcot : une malade, présentant les signes d'une tumeur intracranienne, devait être présentée aux élèves, lorsque, sans raison apparente, la veille de la leçon, elle succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva un néoplasme de l'angle ponto-cérébelleux.

La mort dépend probablement d'un trouble apporté par la décompression aux fonctions du bulbe, organe presque intangible. Du fait de la levée du volet osseux, le bulbe, depuis longtemps gêné dans sa circulation, subit une poussée hyperémique qui peut aller jusqu'à l'œdème et jusqu'aux hémorragies. Peut-être, dans quelques cas, peut-il se produire, à la faveur de la décompression, un déplacement de la tumeur et des tiraillements du bulbe. Quoi qu'il en soit, il semble bien que c'est à la suite de la décompression, produite par la levée du volet osseux, qu'apparaissent les premiers accidents.

---

(1) En raison de l'importance pratique de la question, nous reproduisons presque *in extenso* le travail paru dans la *Revue Neurologique* (15 avril 1911).

Y a-t-il un moyen infaillible de parer à ces accidents ? C'est peu probable. M. Sicard conseille d'accoutumer le système nerveux à la décompression par deux ou trois ponctions lombaires préalables, précédées et suivies d'un repos de deux ou trois jours au lit, faites dans le décubitus latéral, espacées de cinq à six jours et ne soustrayant chacune que 5 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Ces mesures sages et prudentes méritent d'être mises en pratique. Mais la ponction lombaire n'est pas toujours inoffensive et elle a pu provoquer la mort par elle-même. Les chirurgiens américains la rejettent absolument.

Il faut décomprimer aussi graduellement que possible, en opérant lentement et en perforant un grand nombre de fois le crâne, avant de lever le volet osseux. Il faut trépaner loin de la région occipitale, dans la région sous-temporale, quand on croit se trouver en présence d'une tumeur de la loge cérébelleuse déjà avancée dans son évolution, et ne trépaner que plus tard l'étage inférieur du crâne. Enfin, et surtout, il faut intervenir de bonne heure, alors que la tumeur, peu avancée, n'a pu encore produire une grosse hypertension.

En résumé, la mort rapide, suite de décompression, dans les tumeurs cérébrales est surtout fréquente dans les néoplasmes de l'étage inférieur du crâne. L'un de nous a pratiqué 72 trépanations décompressives avec 9 morts rapides. Sur ces 9 morts, il y en a 6 qui sont survenues à la suite de décompression pour des tumeurs de l'étage inférieur. Aussi doit-on porter un pronostic réservé quand on a diagnostiqué une tumeur de cette région, exigeant une craniectomie.

De même, le pronostic doit être réservé lorsqu'on constate un syndrome d'hypertension cranienne, sans qu'aucune localisation ait pu être faite, parce que dans ce cas on peut fort bien se trouver en présence d'une tumeur de la loge cérébelleuse.

Par contre, le pronostic sera infiniment meilleur quand on aura pu reconnaître que le néoplasme, cause du syndrome d'hypertension, occupe la convexité des hémisphères.

Il importe beaucoup de ne pas décomprimer d'emblée au niveau de la région occipitale, quand on a lieu de supposer une tumeur volumineuse du bulbe, de la protubérance ou du cervelet. Il faut commencer par faire un Cushing (trépanation sous-temporale), et plus tard, si l'évolution de la maladie le permet, aller à la loge cérébelleuse.

M. SICARD. — Comme vient de le rappeler M. Souques, dans sa très intéressante communication, il me paraît utile d'accoutumer les centres nerveux à la décompression avant la craniectomie. La ponction lombaire doit être utilisée dans ce but. Deux ou trois rachicentèses seront faites préalablement à l'intervention chirurgicale, chacune d'elles séparée par un intervalle de quatre à cinq jours, avec évacuation de huit à dix centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien par ponction.

Ces rachicentèses, dans de tels cas, demandent certaines précautions indispensables. Les malades resteront dans le décubitus horizontal la veille de la ponction. Celle-ci ne sera pratiquée qu'à l'aide d'une fine aiguille d'un diamètre de 7 à 8 dixièmes de millimètre, le sujet étant placé dans une sorte de position à la Tiedelenburg que l'on réalisera facilement en soulevant la base du lit au moyen de supports quelconques. Enfin, après la rachicentèse le repos horizontal continuera à être d'absolue rigueur pendant trois jours au moins.

S'il est prudent de ne pas se départir de ces règles, c'est, qu'à notre avis, le danger de la ponction lombaire dans les syndromes d'hypertension cranienne réside dans ce fait que le liquide céphalo-rachidien continue à s'écouler dans les espaces environnants (cavité épidurale et même tissu cellulaire péri-verté-

bral) à travers le pertuis dure-mérien créé par l'aiguille. Ce ne sont plus alors 8 ou 10 centimètres cubes que la ponction aura cru soustraire au sac arachnoïdien, en réalité ce chiffre aura été dépassé au décuple. Dans certains cas du reste, après enlèvement de l'aiguille, nous avons vu sourdre le liquide céphalo-rachidien, à l'extérieur, au niveau du petit orifice cutané d'entrée, issue intempestive qui témoigne de l'énergie de pression.

On comprend, dès lors, que l'attitude verticale, favorisant au maximum cette évacuation anormale et privant trop brutalement le mésocéphale de son coussinet liquide, puisse provoquer l'enclavement bulbaire et la mort rapide conventive.

M. BABINSKI. — Il est incontestable que la craniectomie, même pratiquée avec habileté, expose à un choc mortel. Mais cet accident s'observe surtout dans les cas de néoplasme siégeant au voisinage du bulbe.

Dans le mois qui vient de s'écouler, j'ai fait faire la craniectomie chez cinq malades atteints d'œdème cérébral; trois d'entre eux, opérés dans la région temporale, ont très bien supporté l'intervention; les deux autres, chez lesquels le crâne avait été ouvert, sans incision de la dure-mère, dans la région cérébelleuse, ont succombé, l'un au bout de quelques heures, l'autre après deux jours; or, chez tous les deux, la nécropsie a décelé l'existence d'une grosse tumeur cérébello-protubérantielle. Même en pareil cas, on ne peut pas regretter d'avoir opéré, car il ne restait pas d'autre chance de salut.

Serait-il possible, comme se le demande M. Sicard, d'accoutumer l'encéphale aux changements de pression, en pratiquant au préalable plusieurs fois la rachicentèse et rendre ainsi la craniectomie moins dangereuse? Sans le contester, je ferai remarquer que j'ai observé des malades atteints de tumeur cérébrale auxquels une première ponction lombaire procurait du soulagement, tandis qu'une deuxième ponction provoquait des sensations pénibles, ce qui semble contraire à l'hypothèse précédente.

Ophtalmoneuro-myélite

M. DE LAPERSONNE. — Chez une jeune femme sans antécédents pathologiques, nous avons vu évoluer, dans l'espace de neuf à dix mois, des accidents oculaires graves, qui ont débuté par une double névrite optique œdémateuse, ayant entraîné pendant quelque temps l'amaurose complète, bientôt suivis de signes de myélite subaiguë du type de la myélite diffuse sans troubles de la sensibilité et sans réaction méningée. Tout en laissant des lésions régressives importantes des nerfs optiques, les troubles fonctionnels se sont sensiblement amendés du côté de la vision. Quelques-uns des symptômes médullaires se sont également améliorés, sans qu'il soit possible de dire que la progression ascendante de la myélite soit arrêtée.

Une seconde observation diffère très sensiblement de la première : la névrite optique a été unilatérale; le retentissement médullaire n'a duré que quelques jours, est resté localisé aux membres inférieurs et paraît devoir guérir sans laisser de traces; il n'y aurait eu pour ainsi dire qu'une ébauche de myélite. Enfin, nous avons noté une réaction méningée, démontrée surtout par l'examen du liquide céphalo-rachidien ,alors que dans le premier cas la ponction lombaire a toujours été négative. Je pense cependant que nous pouvons la placer dans le même cadre et la distinguer d'une polynévrite alcoolique, en raison de l'exagération des réflexes, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et surtout de la névrite optique unilatérale, qui n'a pas pris du tout le type de névrite rétrobulbaire alcoolique à scotome central.

Dans la première observation, en tout cas, nous avons un type du syndrome

de la névrite optique associée à la myélite, que l'on désigne couramment sous le nom de neuro-myélite optique, depuis que le professeur Devic (de Lyon), au Congrès de Médecine de 1894, a proposé cette dénomination. A vrai dire, ce nom ne me semble pas heureusement composé; le qualificatif optique paraissant se rapporter plutôt à la myélite qu'à la névrite. Si l'on tient à créer une dénomination nouvelle, il serait plus rationnel d'appeler cette affection l'*ophtalmoneuro-myélite*.

Les variations du glucose céphalo-rachidien

MM. HALLION et BAUER. — Nous avons eu récemment l'occasion d'examiner jour par jour le liquide céphalo-rachidien d'une enfant atteinte de méningite cérébro-spinale à bacilles de Pfeiffer.

Aussi longtemps que les bacilles restèrent en petit nombre dans le liquide céphalo-rachidien, celui-ci garda un taux de glucose à peu près normal, mais du jour où les bactéries se multiplièrent, elles utilisèrent d'abord partiellement, puis en totalité le glucose disponible.

M. SICARD. — Ces résultats sont intéressants : Si, en effet, au cours d'un syndrome méningé aigu, on voit le taux du glucose rachidien diminuer, puis disparaître, on notera alors parallèlement une abondante leucocytose rachidienne avec augmentation du nombre des microbes. Puis au fur et à mesure de l'atténuation des symptômes morbides le sucre rachidien récupérera ses proportions normales.

Signe d'Argyll-Robertson unilatéral

MM. A. CHARPENTIER et JUMENTIÉ. — Ayant pu ces derniers temps rassembler dans le service de M. Babinski plusieurs cas de tabes ou de paralysie générale avérés avec Argyll-Robertson unilatéral, ce sont eux que nous désirions montrer à la Société. Malheureusement un seul de ces malades a pu se rendre à notre appel : c'est un paralytique général chez qui le Wassermann est positif et sur la symptomatologie duquel il n'y a rien de particulier à signaler en dehors de cette *unilatéralité* du signe d'Argyll-Robertson. Du côté droit la pupille est normale et réagit parfaitement à la lumière; du côté gauche la pupille en myosis ne se contracte pas à la lumière et réagit à l'accommodation.

L'unilatéralité du phénomène d'Argyll-Robertson n'est pas une exceptionnelle rareté, comme on l'a dit, dans le tabes constitué. On a évidemment plus de chance de la trouver si on examine, à ce point de vue, un grand nombre d'anciens syphilitiques, c'est-à-dire les candidats au tabes et à la paralysie générale : chez des sujets, en apparence bien portants, on pourra dépister, comme unique caractéristique de syphilis nerveuse, un Argyll-Robertson unilatéral ou bilatéral, accompagné d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Séance du 9 mars 1911. — Présidence de M. Dupré

Présentation de cahiers d'autopsie

M. DEJERINE dépose ses nouveaux cahiers d'autopsie qui constituent un petit atlas d'anatomie normale et permettent l'inscription immédiate des constatations nécropsiques.

Quatre cas de maladie de Little

M. et Mme LONG. — I. Des lésions inflammatoires méningées diffuses, cérébrales et spinales ont eu sur le cerveau une répartition symétrique à droite et à gauche, mais une intensité inégale. Les porus ou fentes ne représentent que le résultat d'une atteinte causée par le processus infectieux méningé. D'après la disposition des circonvolutions on doit admettre que ce processus s'est produit vers la fin du quatrième mois de la vie intra-utérine.

II. Une méningite irrégulièrement répartie a frappé un névraxe déjà formé, vers la fin de la vie intra-utérine probablement, provoquant sur la face externe des hémisphères cérébraux une soudure des circonvolutions. D'autre part, le développement ultérieur du cerveau a été considérablement atrophié, le cortex a pris une ampliation insuffisante, les fibres de projection se sont formées en plus petit nombre, les ventricules latéraux se sont dilatés soit par suite de l'épendymite, soit pour occuper la place du manteau cérébral insuffisant.

III. Lésions diffuses d'ordre inflammatoire cérébrales et spinales; hydrocéphalie ventriculaire, état dystrophique du cortex, des fibres d'association et de projection dans le cerveau et dans la moelle.

IV. Un processus infectieux a dans sa période aiguë produit : 1° une méningite avec congestion et diapédèse dans les travées conjonctivo-vasculaires; 2° des foyers de myélomalacie, en même temps qu'une infiltration des gaines lymphatiques périvasculaires.

Les autopsies de maladie de Little ne sont pas très nombreuses. On en relève environ une cinquantaine dans la littérature et dans ce nombre sont compris beaucoup de cas de rigidité congénitale compliquée d'idiotie. Les documents anatomiques recueillis montrent deux catégories de lésions : des processus infectieux ayant atteint le névraxe pendant la vie intra-utérine et des hémorragies secondaires aux traumatismes ou à l'asphyxie survenue pendant l'accouchement difficile ou prématuré.

Les quatre cas que nous publions appartiennent à la première catégorie avec des variantes importantes dans la répartition et l'intensité des lésions. Au point de vue de la répartition, trois cas sont expliqués par des méningites cérébro-spinales avec maximum des lésions sur l'encéphale; le quatrième cas est une forme spinale, une méningo-myélite.

Au point de vue clinique, nous ne relèverons que deux faits : 1° chez les deux premiers sujets, les lésions cérébrales n'ont pas atteint spécialement la région rolandique supérieure et le lobule paracentral; elles sont même plus accentuées au niveau des centres corticaux des membres supérieurs. La prédominance des phénomènes paréto-spasmodiques aux membres inférieurs ne relève pas, à notre avis, d'une localisation anatomique, mais de conditions d'ordre physiologique; 2° chez tous ces sujets, l'état de dystropie ou de dégénérescence des fibres de projection n'est pas limité à la voie dite pyramidale; dans l'encéphale comme dans la moelle épinière d'autres connexions sont atteintes gravement; c'est donc à tort que l'on réserve encore aujourd'hui *au* faisceau pyramidal le rôle essentiel dans la pathogénie des états paréto-spasmodiques de la maladie de Little.

Tumeur pinéale chez un obèse

MM. APERT et PORAK. — Nous présentons à la Société les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 37 ans, obèse et aveugle depuis de longues années. Le cerveau présente une tumeur du cerveau moyen, située sur la ligne médiane, occupant la situation des tumeurs d'origine pinéale, et ayant entraîné

les conséquences habituelles de ces tumeurs, telles que nous les connaissons depuis les travaux de Marbourg en Allemagne et ceux de Raymond et Claude en France. Le troisième ventricule est dilaté et a poussé à la base du cerveau un diverticule qui a pénétré dans la selle turcique, l'a dilatée, a complètement aplati l'hypophyse et a dissocié le chiasma optique. Les glandes vasculaires sanguines sont modifiées, en particulier le thymus, reviviscent, et pesant 13 grammes.

M. CLAUDE. — Les tumeurs de l'épiphyse ou des régions centrales du cerveau, ont des caractères particuliers : les symptômes d'hypertension et notamment la névrite optique sont précoces.

De plus, il est de règle que le IIIe ventricule se distende rapidement et fasse saillie à sa partie supérieure à la façon d'une grosse vésicule qui s'engage dans la selle turcique et comprime l'hypophyse. Cette glande étant mortifiée profondément dans sa structure et son fonctionnement, on observe des phénomènes généraux liés à l'insuffisance de cet organe. Ceux-ci sont différents suivant que le sujet est plus ou moins avancé en âge. Avant le stade pubéral, on a constaté des dystrophies génitales et des tendances à l'obésité. Chez l'adulte, c'est surtout l'obésité qui attire l'attention, et les troubles génitaux peuvent manquer.

M. ALQUIER. — Ces lésions ne dépassent pas comme intensité, ce que j'ai souvent rencontré sur des glandes provenant d'autopsies de sujet n'ayant pendant la vie, rien présenté qui permît de faire penser à une perturbation de ces glandes. L'état de l'hypophyse aurait peut-être une plus grande importance : en 1906, M. Guillain et moi, avons publié, dans les *Archives de médecine expérimentale*, l'autopsie d'un cas de maladie de Dercum cliniquement bien net : l'hypophyse, approximativement doublée de volume, était sillonnée de grosses travées fibreuses la désorientant complètement, et entre lesquelles les éléments glandulaires étaient accumulés sans ordre bien net, à la manière des éléments cancéreux dans certains carcinomes alvéolaires.

M. Henry MEIGE. — La répartition de l'adipose dans le cas présenté par M. Apert est tout à fait conforme à ce qu'on observe dans le syndrome de Dercum où les extrémités des membres ainsi que la face sont respectées et contrastent par leur finesse et leur minceur avec l'épaississement adipeux qui va croissant au fur et à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres pour atteindre son maximum sur le tronc.

Huit cas de tumeurs juxta et intraprotubérantielles

MM. ALQUIER et KLARFELD. — Ces cas se décomposent ainsi : 1° 4 tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux : 3 sarcomes et un neurofibro-sracome développé aux dépens du nerf facial qui le traverse ; 2° un gliome et un sarcome préprotubérantiels ; 3° enfin, un tubercule de la calotte débordant sur le IVe ventricule, et un gliome infiltrant la protubérance et les parties voisines du cervelet. Ce dernier chez un enfant de 7 ans 1/2, les autres chez des adultes.

Le neurofibrosarcame du facial (publié antérieurement par MM. Raymond. Huet et Alquier) doit être mis à part : le seul symptôme fut, pendant cinq ans, la paralysie complète du nerf : avec kératite neuro-paralytique due à des lésions du ganglion de Gasser, la tumeur étant bien au-dessous du trijumeau. Dans toutes les autres observations existent de l'asynergie cérébelleuse, des troubles auriculo-labyrinthiques et des troubles des nerfs bulbo-protubérantiels :

1° Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux gauche, paralysie de la VIe paire,

gauche, dysphagie, sensibilité obtuse à la langue et la muqueuse des joues, tintements d'oreille, marche déviée à gauche, chute de ce côté, latéropulsion, grande incoordination surtout à gauche, absence de vertige rotatoire au centrifugeur dans la rotation.

2° Sarcome identique au précédent, hypoesthésie de la langue et des joues, lèvres et paupières rigides, vers la fin embarras progressif de la parole et reflux des liquides par le nez, roulement auditif, nystagmus dans les mouvements de latéralité des yeux sans paralysie des oculomoteurs, asynergie cérébelleuse sans prédominance d'un côté.

3° Sarcome de l'angle ponto-cérébelleux droit, paralysie faciale droite, kératite neuro-paralytique droite, titubation bilatérale, paralysie des mouvements associés des yeux vers la droite.

4° Neurofibro-sarcome du facial mis à part.

5° Volumineux gliome préprotubérantiel prédominant à droite. Paralysie de la VI° paire droite, embarras transitoire de la parole, asynergie cérébelleuse des membres du côté droit, pulsion à droite, vertiges, chute à droite.

6° Sarcome préprotubérantiel gauche, dysarthrie, chute de toutes les dents, titubation sans prédominance unilatérale, déviation des yeux à droite les derniers jours.

7° Tubercule de la calotte, paralysie sensitive et peut-être motrice de la V° paire gauche, de la VII° droite, surdité gauche sans lésion auriculaire, asynergie gauche, paralysie associée des yeux pour les mouvements de latéralité.

8° Gliome infiltré, paralysie des VI°ˢ nerfs, troubles de la voix et de la déglutition, titubation sans prédominance d'un côté.

La plupart des malades présentaient des lésions de l'oreille moyenne : l'anesthésie cornéenne n'a pas été systématiquement recherchée, la paralysie associée ou le nystagmus latéral non paralytique existaient dans deux tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, et indiquent seulement que la lésion atteint le tronc cérébral ou le comprime. Dans le cas 7, le faisceau longitudinal est nettement dégénéré. La stase papillaire a fait complètement défaut dans les cas 4 et 6 ; elle s'est fait attendre cinq mois dans le cas 5, dix dans le cas 7.

Les troubles moteurs, sensitifs et réflexes des membres sont des plus variables : dans l'observation 3, les membres étaient parésiés du même côté que la tumeur : ce fait est à rapprocher des paralysies homolatérales par tumeurs des hémisphères cérébraux, et reconnaît peut-être la même explication. La céphalée n'occupait la nuque qu'une fois (cas 6) ; la durée est bien plus longue dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (2, 4 et 5 ans) que dans les autres (2 1°2, 6 et 9 mois) ; cependant elle fut de plus de deux ans dans le tubercule qu'on aurait peut-être pu diagnostiquer par la réaction à la tuberculine.

M. BABINSKI. — Je suis d'avis, comme M. Alquier, que la disposition des troubles cérébelleux ne permet pas toujours de déterminer le côté où siège une tumeur ponto-cérébelleuse ; ces troubles, en effet, ne sont pas nécessairement unilatéraux et ils sont parfois peu prononcés, même quand le néoplasme est volumineux ; c'est ce que je viens encore d'observer avec M. Jumentié chez deux malades.

J'estime que les troubles auriculaires, dont M. Alquier n'a pas parlé, ont, au point de vue de la localisation, une importance très grande. Ils sont, en effet, très communs dans les néoplasmes cérébello-protubérantiels ; ils occupent au début le côté malade ; ils deviennent ensuite dans beaucoup de cas bilatéraux ; il est vrai, mais ils prédominent du côté où se trouve la lésion. L'examen de l'audition et des fonctions vestibulaires doit être pratiqué systématiquement ; il faut rechercher le vertige voltaïque et le réflexe calorique

de Barany. Déjà dans un cas de tumeur cérébello-protubérantielle, avec vérification anatomique, que j'ai présenté à la Société de Neurologie en 1901, je notais que du côté de la lésion, il y avait abolition de l'ouïe et un vertige voltaïque unilatéral. Chez les deux malades observés avec M. Jumentié, l'irrigation de l'oreille du côté de la lésion, avec de l'eau à la température de 20° centigrades, ne provoquait pas de nystagmus, tandis que l'irrigation de l'autre oreille déterminait des réactions normales.

Gliome pré-protubérantiel

MM. LHERMITTE et KLARFELD. — Au point de vue clinique, il s'agit d'une malade chez laquelle s'est développée une hémiparésie droite doublée d'une légère hémianesthésie, puis chez laquelle se manifestaient des symptômes d'hémiasynergie cérébelleuse, des troubles de l'équilibre volitionnel statique et de la diadococinésie. A la dernière phase de la maladie, se développèrent des troubles psychiques à type de délire onirique qui cédèrent pour faire place au coma terminal.

L'examen des organes des sens, en montrant l'existence d'une stase papillaire bilatérale, d'une parésie de l'abducens droit d'une part, l'existence d'une surdité absolue à droite remontant au début de l'affection, et d'une surdité relative et plus récente du côté gauche, d'autre part, éclairait singulièrement le diagnostic et permettait de supposer qu'il existait une tumeur intracranienne lésant les voies motrices et sensitives de l'appareil cérébelleux.

L'autopsie vint confirmer ce diagnostic et permit de constater une tumeur pré-protubérantielle comprimant le faisceau pyramidal gauche sans déterminer de dégénération, et détruisant la partie ventrale des pédoncules cérébelleux moyens. Cette tumeur englobait latéralement les nerfs de la VIII° paire et pénétrait dans le IV° ventricule par les trous de Luschka. Enfin, nous constations l'existence de trois noyaux métastatiques, l'un situé sur la tente du cervelet, les autres dans la substance blanche du cervelet en dedans du noyau dentelé.

Il faut admettre un rapport de cause à effet entre les troubles psychopatiques et la tumeur pré-protubérantielle; d'ailleurs, pour si intéressants et si difficiles à interpréter qu'ils soient, ces phénomènes psychiques ont été plusieurs fois signalés dans les faits de ce genre. Quant à leur pathogénie, plusieurs hypothèses sont permises, sans qu'on puisse se rallier d'une manière absolue à aucune d'elles.

S'agit-il, en effet, d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, d'une compression vasculaire, celle-ci s'expliquant facilement par le siège de la tumeur au niveau des vaisseaux de la base de l'encéphale, ou de tout autre phénomène? Nous ne pouvons, quant à présent, que poser ces questions sans les résoudre.

Les phénomènes sensitifs et cérébelleux sont, au contraire, facilement expliquables, puisque la tumeur détruisait et comprimait les fibres constitutives des pédoncules cérébelleux moyens, ainsi que les fibres du ruban de Reil médian.

Pour ce qui est de l'hémiplégie, nous avons noté que le néoplasme, plus développé à droite, refoulait en arrière le faisceau pyramidal, lequel paraissait nettement aplati; il n'y a donc là rien que de fort banal, mais ce qui l'est moins c'est, malgré l'intensité de la compression, *l'absence totale de dégénération descendante des fibres motrices.* Aussi bien examinée à l'aide des méthodes de Weigert et de Pal qu'avec la technique de Marchi, la voie pyramidale au-dessous de la lésion apparaît absolument intacte. Cette absence de dégénération secondaire, qui a été parfaitement mise en valeur par M. Babinski dans les tumeurs du cerveau, est intéressante, en ce qu'elle montre que l'ablation du néoplasme permet d'espérer la restauration fonctionnelle totale et absolue des fonctions motrices.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MEDECINE MENTALE DE PARIS

Séance du 15 mai 1911 — Présidence de M. Legras

Symbolisme dans une psychose interprétative

MM. LEROY et CAPGRAS présentent une femme de 40 ans, qui, depuis une année environ, se croit fille de Napoléon III par suite d'interprétations excessivement curieuses. Tout chez elle donne lieu à des interprétations délirantes et à des images symboliques qu'elle décrit avec une sûreté de mémoire et une précision de détails remarquables. Les calculs sur l'âge de ses enfants, la date de leur naissance, le nombre de dents qui leur restent, le vol des oiseaux, etc. Tout ceci devient, selon elle, la preuve indiscutable qu'elle est la fille de Napoléon III.

Les auteurs rappellent à ce propos la Kabbale où, d'après des combinaisons de lettres, des interprétations cyptographiques, les kabbalistes en arrivent à connaître les lois ou les essences de la création.

Délire mystique et ambitieux chez une débile

MM. JUQUELIER et FILLASSIER présentent une malade âgée de 36 ans, qui eut des hallucinations de couleur mystique dès sa douzième année et qui, ayant organisé à la suite de la répétition de ces hallucinations surtout visuelles, un délire systématisé ambitieux avec quelques idées de persécution, n'a cependant été internée que tout récemment. Il a fallu, pour provoquer cet internement, une démarche à l'archevêché ordonnée par une inspiration de la Vierge. Les auteurs font remarquer, en dehors de la longue période latente du délire, la précocité, la fréquence et la diversité des hallucinations visuelles, ce qui n'exclut pas l'intervention dans l'organisation du système délirant d'hallucinations auditives, d'illusions, d'interprétations variées.

La malade a été chargée par Dieu de missions multiples qui lui facilitera le sacrement du mariage. Elle triomphera par la prière et n'accepte pas l'idée de frapper elle-même un des ennemis de l'Eglise ou un de ses propres ennemis.

Troubles mentaux récidivants chez deux sœurs

MM. LEROY et TRÉNEL présentent deux sœurs ayant des antécédents chargés du côté maternel ; une tante maternelle a eu plusieurs accès délirants, morte internée.

La première malade est une dégénérée, ayant eu à plusieurs reprises des troubles névropathiques avec syncope, qui a présenté à la suite un délire mystique transitoire avec hallucinations de la vue, troubles de la personnalité et hallucinations psycho-motrices.

La deuxième malade a eu depuis l'âge de 13 ans plusieurs accès de forme maniaque (logorrhée, fuite des idées, agitation motrice), mais présentant aussi un certain polymorphisme en raison de l'existence d'hallucinations auditives. Le trouble mental est tel que, au début de la maladie, on avait soupçonné une paralysie générale. Une sœur est morte en quatre jours dans un accès qualifié de congestion cérébrale. Pour ces malades comme pour plusieurs autres cas présentés à la Société, on note que les psychoses familiales prennent fréquemment la forme de psychose périodique atypique.

Délire de persécution et de grandeur à teinte mystique

M. BEAUSSART présente un malade dégénéré, amoral, à perversions instinctives et génitales chez qui, depuis deux ans, évolue un délire ambitieux (génie musical) qui, par suite d'une systématisation progressive, a revêtu une teinte mystique : le malade a vu Dieu. A côté de ces idées délirantes se sont développées des idées de persécution et d'interprétation filiale : le malade se figure qu'un de ses oncles est son père et se croit persécuté par lui.

Les réactions du malade peuvent devenir très dangereuses du fait même du délire (persécuté persécuteur) et du fait des tendances agressives naturelles du sujet.

Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie

M. PACTET présente un épileptique qu'il observe depuis onze ans, chez qui apparaissent de façon intermittente les éléments consécutifs du syndrome paralytique et existe un état permanent d'euphorie très accentué.

En présence d'un cas de ce genre un diagnostic rapide est délicat : s'agit-il en effet d'épilepsie simple ou bien de paralysie générale?

L'épreuve du temps, la ponction lombaire négative permettent d'être aujourd'hui moins réservé et d'admettre que l'on se trouve vraisemblablement en présence d'un syndrome paralytique transitoire chez un épileptique. C'est, en somme, l'apparition dans l'épilepsie d'un syndrome dont l'existence avait été signalée déjà, au cours de l'alcoolisme, par Klippel, sous le nom de syndrome paralytique fugace.

BIBLIOGRAPHIE

—

Clinique chirurgicale, par le Professeur O. LAURENT, 3e édition. (In-4° de 1250 pages avec 1710 figures et dessins. Paris 1911, O. Doin, éditeur).

La méthode dominante de cet ouvrage est *anatomique*, *synthétique* et *clinique* à la fois : l'auteur a réalisé, de la manière la plus concise possible, la synthèse de la clinique chirurgicale.

Dans les sciences, le *procédé synthétique* devient de plus en plus nécessaire à mesure de leur développement. Embrassant les vastes ensembles, il permet l'étude de domaines autrement presque inaccessibles en raison de la multiplicité excessive des détails. L'avantage de la synthèse est de faciliter l'assimilation de ces faits innombrables, avec l'appréciation pondérée de leur valeur. Cet avantage l'auteur a cherché à l'utiliser le plus possible dans son travail. C'est ainsi, par exemple, qu'il résume, au moyen du dessin, l'anatomie d'une région, d'une part, et qu'il expose de même, d'autre part, les principaux faits techniques correspondants.

Mais les indications opératoires ne s'imposent péremptoires que si la thérapeutique conservatrice est en échec. Or, celle-ci, pour tout esprit non prévenu, pour tout praticien de conscience et de méditation, offre des ressources souvent très diverses et très efficaces. Ce sont elles que l'auteur a essayé de dégager de l'étude des affections qu'il expose. Et c'est ainsi qu'il a présenté le tableau symptomatique, caractéristique, des maladies à traiter, la ligne chirurgicale, non opératoire ou opératoire, se dessinant d'autant plus clairement et plus délibéremment que la scène pathologique est mieux figurée. Les caractères principaux des lésions chirurgicales et leur diagnostic ont été de la sorte exposés.

La première édition de ce livre ne comportait que l'anatomie clinique et la technique opératoire. Le distingué professeur ajoute à celle-ci les principales notions diagnostiques et le traitement non opératoire.

Cet ouvrage, illustré de très nombreuses photographies, est écrit en un style clair et concis, contient un grand nombre de faits nouveaux et d'idées originales ; en ce qui concerne le système nerveux, il est des plus complets et intéressant au plus haut point.

Les véritables centres du mouvement et l'Incitation motrice volontaire, par ADAMKIEWICZ, traduit de l'allemand par la Baronne Henri de Rotschild. (Paris 1910, in-18, 80 pages. J. Rousset, éditeur, prix : fr. 1.50.

Dans *Pensée inconsciente et vision de la pensée*, l'auteur a déjà démontré que la volonté, comme l'intelligence, est le produit de l'ensemble de l'écorce cérébrale.

Dans le présent opuscule il établit que la volonté qui met en mouvement les muscles part d'un certain territoire de l'écorce, circonscrit aux parties antérieures des hémisphères cérébraux et notamment aux circonvolutions centrales, et qu'il appelle *le territoire psychique des mouvements corporels*. Pour mettre les muscles en mouvement il faut que l'impulsion volontaire *excite des centres qui président aux mouvements bruts*, de même que le musicien frappe les touches du clavier s'il veut mettre en action le mécanisme producteur de sons.

Jusqu'à présent, on a admis que ce mécanisme se trouvait dans le territoire psychique des mouvements.

Les résultats des recherches de l'auteur viennent infirmer cette manière de voir. La partie antérieure de l'écorce cérébrale, étant uniquement l'organe de l'âme, n'éveille que des représentations et des impulsions volontaires, mais elle ne renferme pas de centres moteurs, susceptibles de déterminer *directement* les mouvements corporels.

Après avoir fait la critique des théories de Luciani, de Flourens, de Magendie sur la fonction du cervelet, l'auteur s'efforce d'établir par des expériences fort intéressantes, que les principaux points de transmission de la volonté au mécanisme moteur, *les véritables centres du mouvement*, les touches du clavier se trouvent *dans le cervelet*.

Le ramollissement cérébral, par H. SCHŒFFER. (In-8° de 168 pages avec figures et planches, Paris 1911, Steinheil, éditeur.)

L'étude anatomique complète du ramollissement cérébral et des phénomènes réactionnels qui l'accompagnent, ne peut être réalisée uniquement par l'examen des cas de pathologie humaine ; l'expérimentation seule permet de suivre les étapes successives des lésions et supprime les causes d'erreur, conséquences des influences pathologiques antérieures qui ont laissé leur empreinte sur l'encéphale, ou des complications secondaires qui se sont greffées sur le foyer ramolli.

L'évolution du ramollissement cérébral aseptique d'origine embolique présente à considérer une série de phases successives très différentes suivant leur aspect histologique.

La première ou phase d'ischémie, est marquée par la nécrobiose du tissu cérébral, et en particulier de ses cellules, éléments les plus différenciés et par conséquent les plus sensibles.

La destruction du parenchyme cérébral détermine une série de phénomènes réactionnels locaux et généraux dont l'ensemble constitue les trois autres pé-

riodes, et qui ont pour but l'élimination rapide et complète du foyer nécrosé, et son remplacement par un tissu de cicatrice.

Des phénomènes réactionnels généraux, le plus intéressant est la leucocytose. Dans tous les cas, tant expérimentaux qu'humains, où l'auteur l'a recherchée, il a pu constater son existence. C'est une leucocytose active, apparaissant quelques heures après la thrombose, d'intensité variable avec l'importance de cette dernière, et dont l'époque de la disparition peut varier beaucoup suivant l'étendue et la multiplicité des foyers de nécrose. Elle s'accompagne d'une polynucléose neutrophile souvent très accusée, moins précoce dans son apparition que la leucocytose, mais aussi plus durable. Dans deux cas seulement, on a décelé une éosinophilie critique.

La réaction locale se traduit tout d'abord par la congestion vasculaire allant souvent jusqu'à la rupture des fins capillaires. Tout le tissu dégénéré est infiltré par une sérosité œdémateuse, et dans cette seconde période, on peut noter un afflux leucocytaire énorme. Les globules blanc représentés en majorité, tantôt par des polynucléaires, tantôt par des moyens mononucléaires, dilatent d'abord les gaines lymphatiques, puis ne tardent pas à infiltrer la zone nécrosée, où ils se transforment en corps granuleux. C'est donc déjà la première phase du processus éliminateur.

Les phagocytes hématogènes n'ont qu'un rôle passager et une existence éphémère. Les éléments les plus actifs du processus de résorption et d'élimination qui caractérise la troisième période, dérivent essentiellement des parois vasculaires.

L'apparition des corps granuleux névrogliques marque la fin de la période d'élimination.

Le processus actif qui aboutit à l'élimination des éléments nerveux du foyer nécrosé, consiste essentiellement dans un travail phagocytaire qui se traduit par la formation de corps granuleux.

La distinction des divers types de corps granuleux d'après leur morphologie, encore possible lorsque ces éléments sont jeunes, devient très difficile lorsqu'ils se chargent de graisse et vieillissent. L'existence des formes de passage peut seule permettre alors de les identifier.

L'examen de cas expérimentaux de ramollissement avec infection surajoutée, a montré l'existence concomitante de deux ordres de lésions : des lésions de nécrose en foyer ne se distinguant en rien de celles de l'encéphalomalacie aseptique, et des lésions d'encéphalite associée, se traduisant au niveau des méninges et des gaines vasculaires par une prolifération cellulaire active, sous forme de cellules plasmatiques, de polyblastes, d'éléments embryonnaires, de cellules épithélioïdes.

Le ramollissement cérébral garde donc bien son individualité, de par sa nature, son évolution et ses causes; un obstacle vasculaire en est la raison suffisante. La distinction faite par les anciens auteurs entre le ramollissement inflammatoire et le ramollissement non inflammatoire n'est plus soutenable aujourd'hui. L'irritation causée par les déchets provenant de la destruction des éléments nerveux, suffit pour expliquer la leucocytose sanguine et la suractivité formatrice des éléments ectodermiques et mésodermiques de l'encéphale, qui acquièrent les propriétés phagocytaires. Si un processus d'encéphalite vient se greffer autour d'un foyer de ramollissement, ces deux phénomènes évoluent côte à côte, mais de façon distincte. L'infection à elle seule ne peut déterminer une nécrose étendue ou limitée du parenchyme cérébral. Si au cours d'une encéphalite survient un ramollissement, il faut toujours en chercher la cause dans une obstruction vasculaire.

La démence précoce, par Constanza Pascal. (In-8° cartonné de 300 pages. Paris 1911, Bloud, éditeur. Prix : fr. 4).

Dans cet ouvrage, l'auteur montre que l'on peut actuellement diagnostiquer la démence précoce à toutes les phases de l'évolution, et porter le pronostic qu'elle comporte.

Beaucoup de médecins, même ceux qui ont adopté les idées de Kraepelin, s'expriment encore d'une façon confuse lorsqu'il s'agit de préciser l'évolution de l'affaiblissement démentiel. Les uns disent : le malade « tourne » ou « verse » dans la démence précoce, les autres : la maladie s'est « terminée » ou a « abouti » à la démence.

Ces expressions marquent l'hésitation de l'évolution des idées La plupart des auteurs ne peuvent pas encore renoncer à l idée que la démence précoce est une complication, un aboutissant.

Dans chaque maladie, une idée directrice régit le groupement des faits. Lorsqu'on a trouvé cette idée, on a révélé la qualité principale d'où dérivent les autres.

Dans la démence précoce, l'idée directrice a sa source dans la pathogénie, l'étiologie et la sémiologie. Les phénomènes qui la représentent constituent le groupe des caractères essentiels.

Caractères essentiels

1° La démence précoce est un processus toxique, de nature spéciale, qui lèse gravement et irrémédiablement le tissu neuro-épithélial.

2° La démence précoce est une maladie de la jeunesse et son apparition coïncide fréquemment avec les crises de la croissance : puberté et adolescence.

3° L'affaiblissement mental de la démence précoce est un affaiblissement démentiel, une altération avec déficit.

Son élément spécifique réside dans la *précocité des lésions affectives.* Ces altérations sont constantes et prédominantes. La démence précoce est surtout une démence émotionnelle, un affaiblissement affectif. *L'être sentant disparaît avant l'être pensant.*

Symptomes secondaires

Les symptômes secondaires relèvent de l'affaiblissement affectif et de l'intensité du processus toxique.

Parmi les plus importants, nous distinguons :

a) Défaut de parallélisme entre les troubles de la mémoire et ceux de l'affectivité; apparition plus tardive et caractères moins accusés des troubles de la mémoire et de l'intelligence.

b Troubles de la volonté : aboulie, incapacité d'effort et fréquence des phénomènes dyspraxiques.

c) Prédominance de l'activité automatique.

d) Intensité et permanence des phénomènes catatoniques.

e) Signes physiques en rapport avec le degré d'imprégnation toxique. Ils ne compromettent que rarement l'intégrité de la vie somatique.

Symptomes accessoires

Ces symptômes sont représentés par les troubles psycho-sensoriels. Leur caractère principal réside dans le contraste qui existe entre l'intensité de l'activité délirante et hallucinatoire et celle des états affectifs.

Le langage musical, par M. E. DUPRÉ et Marcel NATHAN. (In 8° de 200 pages. Paris 1911. P. Alcan, éditeur. Prix : 3.75.)

Tout langage est un système de symboles, employé par les êtres vivants, pour échanger entre eux des états psychiques. La musique est donc un véritable langage, avec ses éléments moteurs d'expression et ses éléments sensoriels de perception.

Primitivement réflexe, secondairement intentionnel, le langage musical exprime soit les images descriptives, soit, surtout, les états émotifs. Il existe, enfin, en dehors des expressions descriptives et émotives, un troisième ordre de langage musical, qui n'est destiné, chez l'être vivant, à l'échange d'aucun état psychique avec ses semblables, qui répond à une excitation physiologique ou pathologique du système nerveux, et qui représente la manifestation vocale du besoin d'expansion psychomotrice générale de l'organisme. Beaucoup de chants d'oiseaux, beaucoup d'émissions phonétiques élémentaires, souvent inconscientes (chansons, sifflements, fredonnements), représentent, dans le domaine musical, les formes courantes de ce besoin de mouvement, de cette exubérance de vitalité, de ce dégagement de l'énergie accumulée par la nutrition et le repos.

Antérieur au langage articulé, lié originellement à l'intonation spontanée et à l'imitation réflexe des bruits de la nature, le langage des sons doit être étudié dans ses trois modes : perceptif, expressif et psychique.

Le langage musical psychique, comprend les processus du langage musical intérieur, intermédiaire aux opérations sensorielles et motrices, et constitués par l'élaboration subjective des apports auditifs et visuels. Ce langage correspond à l'idéation musicale.

L'étude des aphasies musicales, des amusies, s'impose chez tout sujet suspect de troubles du langage. Les amusies, comme les aphasies, sont sensorielles (surdité et cécité musicales) ou motrices (vocales, instrumentales ou graphiques). Elles sont partielles ou totales, simples ou complexes.

L'ensemble des observations démontre l'origine presque toujours dynamique des amusies partielles, sensorielles ou motrices. Les amusies organiques semblent toujours complexes ou totales. On a, dans des travaux plus théoriques que cliniques, cherché à établir entre les amusies et les aphasies un parallélisme, dont la rigueur schématique s'accorde mal avec la complexité des faits étudiés. La méthode anatomo-clinique n'a pas permis non plus de déterminer les territoires du langage musical : les lésions constatées aux autopsies sont souvent étendues et ne permettent aucune localisation précise.

Il existe de nombreux troubles psychonévropathiques du langage musical, relevant de l'hystérie, de la neurasthénie, de la migraine et de l'épilepsie. D'autres troubles apparaissent chez certains déséquilibrés, sous forme d'obsessions, d'impulsions et de phobies. Enfin, on peut observer des associations anormales ou morbides de certains processus, sensoriels, génitaux, etc., aux différentes manifestations du langage musical ; une des plus curieuses et des plus étudiées parmi ces associations, est l'audition colorée et l'audition visualisée.

Le langage musical subit, au cours des maladies mentales, des modifications et des altérations intéressantes à étudier chez les différentes catégories d'aliénés. Dans les débilités psychiques, on observe fréquemment l'existence d'aptitudes musicales, parfois remarquables, qui contrastent singulièrement avec la faiblesse et parfois la nullité du reste des facultés mentales.

Au cours des démences, les aptitudes musicales déchoient parallèlement aux autres modes de l'activité mentale. Il semble cependant que cette désintégration soit plus lente et plus incomplète pour le langage musical que pour les autres manifestations psychiques.

L'Etat mental des hystériques. — *Les stigmates mentaux des hystériques.* — *Les accidents mentaux des hystériques.* — *Etudes sur divers symptômes hystériques.* — *Le traitement psychologique de l'hystérie*, par Pierre JANET. (Grand in-8 avec gravures dans le texte. 2e édition. — Félix Alcan, éditeur, Paris. Prix : 18 francs.)

Les études que contient la première partie de ce livre sont indispensables comme résumé des recherches qui ont joué un grand rôle dans la transformation des idées relatives à l'hystérie et comme introduction à une étude plus médicale sur cette maladie mentale. Elles sont la reproduction du travail que l'auteur avait consacré à l'état mental et aux accidents mentaux des hystériques et qui avait jadis paru en deux volumes.

La seconde partie de l'ouvrage réunit un certain nombre d'études publiées dans diverses revues à propos des mêmes malades. Le premier chapitre reproduit une étude sur l'œuvre psychologique de J.-M.Charcot qui avait été publiée par la Revue Philosophique au moment de sa mort et qui indique comment il faut apprécier la tentative remarquable et si mal jugée qu'il a faite pour rendre intelligible une névrose confuse et mystérieuse. Les autres chapitres contiennent des observations sur l'hémianopsie hystérique, sur la localisation des troubles hystériques sur le côté gauche du corps, sur le rythme de Cheyne-Stokes dans l'hystérie, sur le somnambulisme des médiums, sur certains troubles curieux de la vision, sur les modifications de la mémoire et les doubles existences. Ces divers travaux de psychologie pathologique peuvent fournir des documents utiles à des études plus générales.

La troisième partie de ce volume est constituée par une étude sur le traitement psychologique de l'hystérie qui résume en un petit nombre de pages ce que Gilles de la Tourette avait écrit sur le traitement physique joint aux études personnelles de l'auteur sur le traitement psychologique; cette étude de thérapeutique contient donc des renseignements de toute utilité et elle complète le recueil des documents relatifs à l'étude de l'hystérie.

L'auteur définit l'hystérie de la manière suivante : « *L'hystérie*, pouvons-nous dire, *est est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral, elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant surtout dans une diminution générale de la nutrition; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une aboulie, un rétrécissement du champ de la conscience qui se manifeste d'une manière particulière : un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent; enfin ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés d'apparence uniquement physique.* » Si on veut résumer en deux mots cette définition un peu complexe, on dira : « *L'hystérie est une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité.* »

Au point de vue thérapeutique, il conclut :

On ne peut prétendre guérir complètement et toujours l'hystérie, qui dans bien des cas constitue plutôt une manière d'être de la pensée, une infirmité du cerveau, qu'une maladie accidentelle. Ce n'est que dans un nombre de cas particulièrement favorables que des hystériques n'ont plus aucun besoin de

direction morale pendant des années. Le plus souvent les malades ont encore besoin d'être surveillés pendant longtemps et on ne peut jamais assurer qu'une émotion violente ne déterminera pas chez eux quelque rechute. Mais il me semble cependant que les malades sous l'influence des traitement de ce genre, sont, plus ou moins facilement suivant les cas, délivrés des accidents graves qu'ils présentaient au début, et ne retombent plus d'une manière aussi sérieuse dans des accidents nouveaux, en un mot qu'ils traversent sans trop de perturbations les périodes difficiles de leur existence En résumé, le meilleur service que le médecin puisse rendre à un hystérique, c'est de diriger son esprit.

L'éducation des anormaux, par les Drs J. PHILIPPE et P. BONCOUR. (In-8° de 200 pages. Paris, F. Alcan, éditeur. Prix : 2.50).

Ce livre reprend dans ses grandes lignes une série de Conférences pratiques faites en 1906 et 1908, et dont le but était simplement d'exposer et d'expliquer quels principes doivent présider à l'éducation des écoliers mentalement anormaux.

Il serait, dans l'état actuel, beaucoup trop long d'examiner en détail les multiples procédés éducatifs proposés depuis quelques années, et dont la plupart n'ont pas encore fait leurs preuves. Pour les mêmes raisons, les auteurs se garderont d'entrer ici dans des discussions d'école ou d'aborder les questions de personnes. C'est assez d'exposer clairement comment l'éducateur qui prend sa tâche à cœur doit comprendre le relèvement de ces enfants, si différents des élèves ordinaires. Ayant cette compréhension, il saura faire son choix parmi les multiples procédés mis à sa disposition, les adaptera aux besoins de chacun de ses élèves, et, selon le principe que les auteurs ont été des premiers à formuler et qui est aujourdhui partout admis, il individualisera l'éducation en tenant compte du caractère, de l'intelligence et de la santé de chaque enfant.

Que le professeur d'un enfant normal se trompe, son erreur restera rarement irrémédiable, précisément parce que le normal tend spontanément à reprendre son équilibre. L'anormal, au contraire, étant celui « qui ne sait ni ne peut s'adapter », tend naturellement à perdre l'équilibre, et l'éducateur doit le remettre d'aplomb. D'où la nécessité de bien comprendre les méthodes qu'il applique et de bien connaitre celui à qui il les applique. L'idéal, en pareil cas, serait d'être à la fois médecin et psychologue, en même temps que pédagogue : du moins faut-il connaître, aussi parfaitement que possible, le caractère, l'esprit et la volonté de chaque élève, et comprendre les principes directeurs de cette pédagogie spéciale.

L'essentiel de ces principes est que la grande majorité des anomalies infantiles sont des maladies de l'évolution physiologique et mentale. Le développement intellectuel et moral de l'enfant, comme celui de son corps, se fait à la fois par agrandissements, par transformations et par adaptations dont l'ordre, chez le normal, est d'avance déterminé et régulier ; il est bouleversé chez l'anormal, et tout l'art de l'éducateur consiste à remettre l'enfant dans cet ordre, en agissant sur lui et sur le milieu où il se développe. Pour y réussir, la première condition est de bien connaître et surtout de bien comprendre la croissance physiologique et mentale de l'enfant ; c'est pourquoi le mécanisme de cette croissance et les principales causes qui la déforment tiennent ici autant de place que les principes pédagogiques à connaitre pour en combattre les arrêts ou en corriger les vices.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de syphilome cérébral avec méningite séreuse ventriculaire

par J. CROCQ

(Communication à la Société belge de Neurologie)

M. X..., âgé de 32 ans, se présente à ma consultation le 17 décembre 1909; il n'accuse aucun antécédent héréditaire intéressant; lui-même n'a jamais été malade antérieurement, sauf qu'il a contracté la syphilis en 1906. Les symptômes principaux qu'il présente sont : incertitude de la marche, fatigue rapide, lourdeurs dans les jambes, incontinence nocturne et diurne d'urine, intermittente; les réflexes tendineux sont très exagérés, les cutanés abolis : ébauche de clonus du pied et de Babinski; marche légèrement festonnante, cérébelleuse; au point de vue psychique, on remarque un optimisme exagéré, le patient ne se rend pas compte de sa situation et ne consent à se soigner qu'à contre-cœur. Pas de Ronberg, pas d'inégalité, ni de trouble dans les réactions pupillaires, facies congestionné.

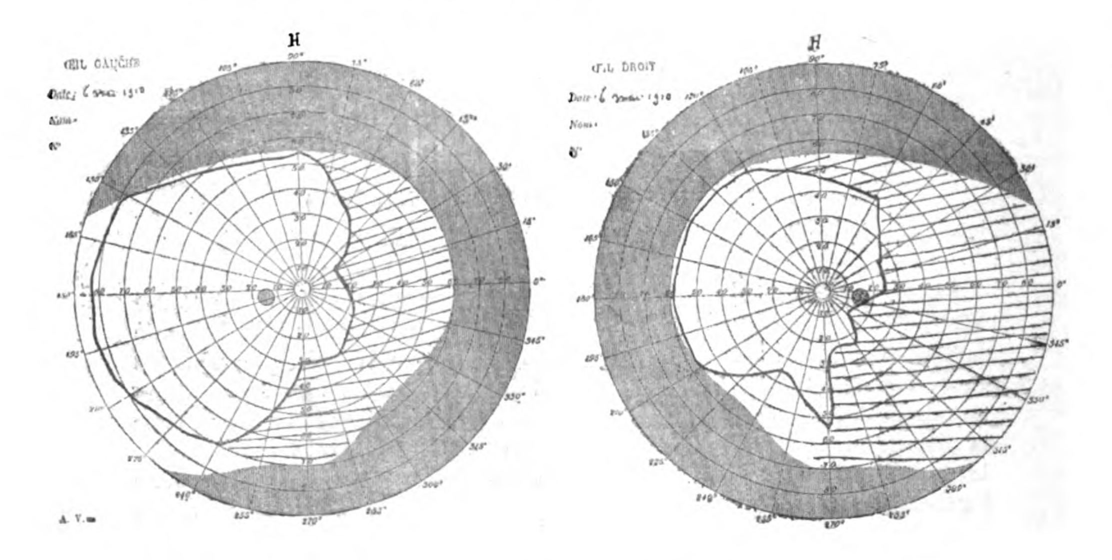
Le malade a suivi un traitement spécifique chez le Docteur Bayet; il se trouvait chez ce spécialiste vers le mois de mars 1909, lorsqu'il fut subitement pris d'un vertige accompagné d'un embarras très prononcé de la parole. Il fut transporté chez lui, on pratiqua une émission sanguine et tout sembla rentrer dans l'ordre assez rapidement. Il paraît cependant que c'est de ce moment que datent l'incontinence d'urine et les troubles de la marche.

Le malade suivait un régime détestable, il mangeait énormément, buvait des vins de tous genres, se surmenait de toutes les façons. Soumis à un traitement décongestionnant et à un régime plus normal, il vit son état s'améliorer notablement jusqu'en février 1910, époque à laquelle il fit un court séjour à Paris d'où il revint en plus mauvais état qu'il n'était en décembre 1909 : la marche était plus incertaine, plus titubante, le facies plus congestionné, cyanosé même, les idées légèrement confuses. Cette situation s'aggrava rapidement, l'état congestif était indéniable; le malade fut alité, soumis à une émission sanguine qui ne produisit qu'un soulagement momentané. A partir du 20 février, une somnolence progressive se montra, l'incontinence urinaire devint complète, la céphalalgie se montra, vague et généralisée.

La réaction de Wassermann, faite par le Docteur Renaud, était *faible ment positive* (+).

Le 25, la vue s'affaiblit profondément et brusquement; le 26, le malade distinguait à peine la clarté du jour. L'examen oculistique, pratiqué le

28 février par le Docteur Henri Coppez, dénot : une papille de stase double, une acuité visuelle de 0,1 aux deux yeux, une hémiopie homonyme droite, une parésie de la 3[e] paire gauche.



MM. Stiénon, Coppez et moi-même, diagnostiquâmes un syphilome comprimant la bandelette optique gauche. En raison de la rapidité des phénomènes oculaires, de l'hypertension intracranienne indéniable, nous décidâmes de faire une trépanation décompressive. Cette intervention fut pratiquée par M. Depage le 5 mars 1910; le sujet était dans un état de torpeur très accentué, la vue était presque complètement abolie.

Malgré cet état précaire, l'opération réussit parfaitement : un large volet osseux fut enlevé au niveau de la région motrice gauche; on constata l'absence des battements du cerveau et un état congestif très marqué; la dure-mère ne fut pas incisée.

La situation resta mauvaise pendant une quinzaine de jours : le malade ne sortait de sa torpeur que pour échanger quelques mots avec son entourage; le gâtisme était complet, les idées très confuses; quelquefois il y avait un peu de délire. Des rougeurs se manifestèrent à la région sacrée, semblant annoncer une fin prochaine. Un traitement stimulant releva le malade qui put rentrer chez lui vers le 20 mars, complètement guéri de son opération.

L'examen oculistique, pratiqué à nouveau le 21 mars par M. Coppez, dénota la disparition de la papille de stase; les nerfs optiques étaient pâles avec bordure blanche le long des vaisseaux; l'hémiopie persistait, la parésie de la 3[e] paire avait disparu, l'acuité visuelle était remontée à 0,2.

L'exagération des réflexes tendineux persistait ainsi que le gâtisme. Indépendamment du traitement tonique, le malade prenait de l'iodure de potassium et recevait tous les deux jours une injection contenant : caco-

dylate de soude 10 cent., cacodylate de strychnine 1 milligr. et glycérophosphate de soude 20 centigr.

A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide : la somnolence disparut, l'obnubilation intellectuelle se dissipa, la station debout devint possible, puis la marche put se faire, d'abord très hésitante, puis de plus en plus aisée; le gâtisme cessa, l'incontinence d'urine seule persista.

Le traitement ioduré et arsenical fut continué jusqu'en septembre.

La situation s'était améliorée progressivement, le malade avait récupéré toute son intelligence, la force musculaire était normale, l'état général excellent, la marche encore un peu incertaine, la vue meilleure : le patient pouvait se diriger dans les rues, se garer des véhicules, reconnaître ses amis, mais il ne pouvait lire que des caractères extrêmement grands.

Dans le but d'accentuer sa guérison et de se désintoxiquer complètement, le malade exigea le traitement d'Ehrlich. Comme à cette époque (septembre 1910) les contre-indications de cette méthode dans les affections cérébrales étaient encore peu connues, je ne voulus pas prendre sur moi la responsabilité de la piqûre. Le patient m'ammena en auto à Frankfort, où nous vîmes Ehrlich. Le savant me déclara qu'il ne s'occupait aucunement de clinique; il refusa d'examiner le malade et me mit en garde contre les accidents très sérieux pouvant provenir de la piqûre de 606 chez les encéphalopathes. Ehrlich nous envoya à Uchspringe au professeur Alt, qui avait beaucoup expérimenté sa méthode chez les cérébraux. Alt recommanda une extrême prudence, il conseilla de cesser toute médication quinze jours avant la piqûre, de soumettre le patient à un régime décongestionnant et achloruré, de lui administrer du bromure de sodium et de n'injecter que *20 centigrammes* de 606.

De retour à Bruxelles, après cette randonnée très fatigante en auto, que le malade avait du reste très bien supportée, je suivis à la lettre les prescriptions de Alt. La réaction de Wassermann fut trouvée *négative* avant la piqûre (Dr Renaux, octobre 1910). L'inspection fut tolérée sans aucune réaction.

En janvier 1911, la réaction de Wassermann fut trouvée *légèrement positive* (+). Le malade fut de nouveau soumis au traitement ioduré et arsenical antérieur qui avait paru provoquer la disparition de la réaction.

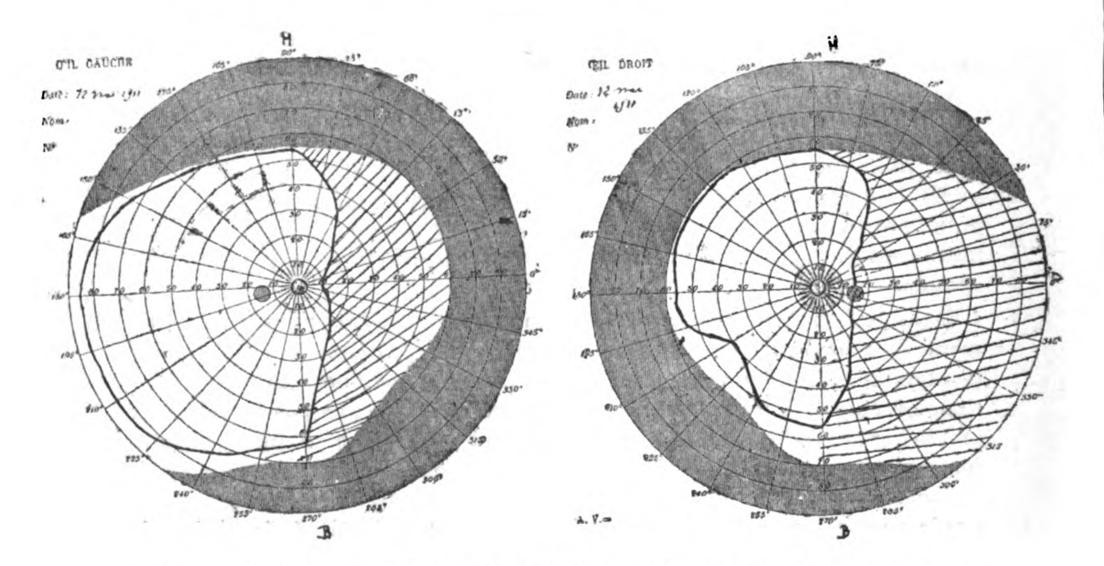
Après trois mois (avril 1911), la réaction de Wassermann fut *nettement positive* (Dr Renaux).

L'état continue toujours à s'améliorer, tant en ce qui concerne la marche qu'en ce qui concerne les yeux : la marche est à peu près normale, il persiste simplement encore un peu de spasmodicité accompagnée d'une certaine exagération des réflexes tendineux sans clonus ni Babinski. L'état des yeux permet la lecture des caractères d'une certaine grandeur, ainsi qu'une écriture encore un peu incertaine.

L'incontinence d'urine nocturne persise complète, mais, pendant la journée, le malade sent le besoin d'uriner, peut se retenir jusqu'à ce qu'il arrive à l'urinoir et vide alors normalement sa vessie.

L'examen des yeux, refait par M. Coppez, dénote la persistance de

l'hémiopie homonyme droite; l'acuité visuelle, antérieurement de 0,2, est montée à 0,4. A l'ophtalmoscope, les nerfs optiques sont pâles, la plupart des artères rétiniennes sont minces et sclérosées.



L'état général est tellement bon que le sujet est parti en auto pour Biarritz d'où il m'adresse la carte que je vous présente et qui est écrite d'une manière satisfaisante.

* * *

Telle est l'histoire de ce cas qu'on aurait, il y a quelques années, étiqueté, sans restriction, du nom de tumeur cérébrale, alors que la papille de stase était considérée comme pathognomonique des tumeurs cérébrales. Nous savons aujourd'hui que ce signe est uniquement causé par l'hypertension intracranienne et nous savons que cette hypertension peut provenir d'autres causes et, en particulier, de la *méningite séreuse ventriculaire*.

Quincke (1) a ,en effet, décrit une inflammation séreuse de la piemère cérébrale, localisée aux ventricules, maladie qu'il appelle la méningite séreuse ventriculaire et dont la symptomatologie ressemble, à s'y méprendre, à celle des tumeurs cérébrales. Cette maladie se caractérise par des céphalées, des vomissements, de la stase papillaire, de la somnolence, quelquefois des paralysies des nerfs craniens, des faiblesses des membres inférieurs. Elle évolue plus ou moins rapidement et se manifeste sous trois formes cliniques : la

---

(1) QUINCKE. Ueber Meningitis Serosa. *(Sam. Klinische Vorträge*, 1893, n°67. — *Deutsche Zeitschr. f. nervenheilk.*, 1897, t. IX.)

forme aiguë, évoluant en quelques semaines et faisant croire à la méningite cérébro-spinale suppurée; la forme subaiguë, durant quelques mois et simulant une tumeur cérébrale; la forme chronique, où l'on ne note que des vertiges et de la céphalée et qui peut prendre l'aspect d'une véritable neurasthénie.

Généralement ,le début de l'affection est brusque et l'amaurose très rapide et, contrairement à ce qui se passe dans les tumeurs cérébrales, la trépanation décompressive ou même la simple ponction lombaire provoquent une amélioration très grande et parfois la guérison.

Raymond (1) rapporte deux cas qui se sont terminés par la guérison avec reliquats anatomiques du côté des yeux: dans le premier cas, il s'agit d'une hérédo-syphilitique chez laquelle les phénomènes de pseudo-tumeur se firent jour brusquement avec fièvre et troubles profonds de la vue : céphalée, obnubilation de la vue, délire, convulsions unilatérales, puis amaurose. Il fallut quatre ans pour obtenir la guérison avec atrophie de la papille gauche et lésions rétiniennes et choroïdiennes à droite, sous forme de choroïdo-rétinite pigmentaire.

La seconde malade fut atteinte subitement de céphalée, de vomissements, d'hallucinations; après quinze jours, elle perdit en quelques heures la vision de l'œil gauche et, le lendemain, celle de l'œil droit. Tout disparut au bout de deux ans, sauf l'amaurose, qui persista.

Il est bien certain qu'on était en droit de poser le diagnostic de tumeur cérébrale chez ces deux malades; certes, après coup, il est facile de faire remarquer que le début a été trop brutal, l'amaurose trop brusque pour justifier ce diagnostic, mais, cliniquement, ces malades n'en présentaient pas moins l'aspect de sujets atteints de néoplasmes intracraniens. C'est à ces cas, du reste assez nombreux, que Nonne (2) applique l'épithète de « pseudo-tumeur cérébrale », appellation défectueuse, car, ainsi que le disent Saenger et Raymond, il n'y a pas de pseudo-maladies, mais seulement des pseudo-diagnostics.

Plus récemment (12 janvier 1911), MM. Claude et Baudouin (3) présentèrent à la Société de Neurologie de Paris un cas plus intéressant encore:

---

(1) RAYMOND. Pseudo-tumeurs cérébrales et méningites séreuses ventriculaires. (*Presse méd. franç.*, 9 mars 1910, p. 169.)

(2) NONNE. Ueber Fälle von Symptomencomplex Tumor cerebri mit Ausgang in Heilunger (Psendotumor cerebri). (*Deutsce Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1904, 12, 169.)

(3) CLAUDE et BAUDOUIN. Un cas de pseudo-tumeur cérébrale. Valeur des signes dits « de localisation ». (*Revue Neurologique*, n° 2, 30 janvier 1911, p. 122.)

Il s'agit d'une femme de 42 ans, à hérédité névropathique, qui, le 9 avril 1910, fut subitement prise d'un étourdissement avec vomissements et céphalée; elle se remit, mait conserva une certaine instabilité, un affaiblissement de la vue et, par moment, de la diplopie et des céphalées intenses. En mai, elle présente une légère parésie faciale à gauche, une légère exagération des réflexes tendineux à gauche, une certaine instabilité avec tendance à la chute à gauche. L'examen oculistique démontre l'existence d'une paralysie de la VI[e] paire droite, une diminution de l'acuité visuelle à 1/3 des deux côtés et une stase papillaire très marquée et bilatérale. Une ponction lombaire ne donna pas de résultat. La malade refusant la craniectomie, on pratiqua des injections de cacodylate de soude (0,05). L'amélioration fut rapide : après deux mois, la malade sortit de l'hôpital, présentant toujours sa stase papillaire. Trois semaines après, elle rentra présentant les mêmes symptômes qu'au début; une nouvelle série de piqûres de cacodylate fit de nouveau tout disparaître. L'examen oculistique est très intéressant (Galezowski) :

27 mai V = 1/3, stase papillaire très accentuée.

10 août V = 0,6, stase papillaire peu intense, on distingue les contours de la papille.

17 août V = 0,8, papilles plus nettes.

6 janvier 1911, la stase a complètement disparu, il ne reste qu'un cercle brunâtre autour des papilles.

En présence de ce cas, qui appartient sans doute à la méningite séreuse, les auteurs se demandent quelle est la signification des symptômes dits « de localisation » des tumeurs cérébrales, et, en particulier, des paralysies des nerfs craniens.

Les lésions des nerfs craniens sont fréquentes dans les méningites : Oppenheim (1) les signale dans l'hydrocéphale du côté des nerfs moteurs oculaires, de l'olfactif, du facial, du trijumeau.

Vincent (2) rapporte le cas d'une femme de 32 ans, qui fut prise de crises hystériformes puis de céphalée, de vomissements, d'affaiblissement de l'ouïe et de la vue; à son entrée à l'hôpital, elle présente de la céphalée ,des vomissements, une stase papillaire bilatérale avec dilatation veineuse, diminution de l'acuité visuelle à un septième, des crises syncopales, des vertiges, une paralysie faciale gauche, une paralysie de la VI[e] paire, une surdité presque complète.

Une ponction lombaire est pratiquée deux fois sans déceler de lymphocytose. En raison de la syphilis du mari, on institue le traitement mercuriel, qui donne un résultat étonnant, mais bientôt

(1) OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 4[e] éd., p. 946.

(2) VINCENT. De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des syndromes d'hypertension intracranienne et dans celui de la localisation des tumeurs cérébrales. (*Revue Neurologique*, 28 février 1911, p. 209.)

la malade fut prise de vomissements, d'accès épileptiformes, de torpeur et mourut.

A l'autopsie, il n'y avait aucune tumeur; il s'agissait d'une hydrocéphalie acquise, d'une hypertension intracranienne, sans tumeur, mais avec paralysie des VIe, VIIe et VIIIe paires, et il paraît impossible de différencier ces paralysies de celles qui accompagnent les tumeurs cérébrales, puisqu'elles peuvent être dues à des foyers de névrite radiculaire transverse atteignant le nerf cranien; tous les nerfs peuvent être atteints, les IIIe, IVe, V^e, VIe, VIIe, VIIIe paires, etc., et on comprend qu'Oppenheim ait signalé toutes les variétés de paralysies, y compris celles des nerfs acoustiques.

* * *

Examinons, à la lumière de ces travaux, le cas du malade que je vous soumets : s'agit-il d'une tumeur cérébrale ou d'une méningite séreuse?

Le début brutal des accidents, l'amaurose presque complète, s'établissant en quelques jours, est de nature à faire penser à l'épendymite; l'amélioration progressive et si surprenante de tous les symptômes plaide dans le même sens : il est indéniable que tous les symptômes généraux présentés par le patient ont disparu et il ne persiste actuellement qu'un peu d'incertitude de la marche, une certaine paraplégie spasmodique et l'incontinence d'urine, phénomènes qui existaient avant l'apparition des accidents aigus d'hypertension intracranienne. Un seul fait paraît en opposition avec cette hypothèse, c'est la persistance de l'hémiopie qui, ainsi que le montrent les schémas, est restée stationnaire depuis la craniectomie; l'acuité visuelle a augmenté et il est permis de croire qu'elle augmentera encore, mais l'hémiopie est restée absolument stationnaire.

Cette hémiopie persistante dénote, sans doute possible, une lésion de la bandelette optique gauche; cette lésion est-elle constituée par un syphilome ou par un foyer de névrite transverse? J'avoue que, chez ce malade, atteint d'une syphilis active, je préfère admettre la première hypothèse et croire qu'il s'est agit d'un syphilome ayant comprimé et détruit cette bandelette. Autant je crois que ce syphilome a causé le phénomène local d'hémiopie, autant je pense que les symptômes généraux aigus d'hypertension intracranienne sont dus à une méningite séreuse ventriculaire qui, du reste, est considérée comme une manifestation spécifique, à tel point que Quincke recommande systématiquement de la combattre par le traitement mercuriel. Je pense donc qu'il s'agit d'un syphilome de la base du crâne, accompagné de méningite séreuse ventriculaire.

Je dois faire remarquer que chez mon malade le traitement mercuriel, tant interne qu'hypodermique, n'a donné aucun résultat,

que l'injection de 606 n'a pas donné davantage (il est vrai que la dose a été rop faible) et qu'au contraire les piqûres répétées de cacodylate de soude (10 centigrammes tous les jours) ont paru agir très favorablement.

Ce cas démontre nettement la nécessité et l'urgence de la craniectomie dans l'hypertension intracranienne; qu'il s'agisse de tumeur cérébrale ou d'épendymite, l'indication première est la décompression rapide, qui, seule, peut éviter la mort à brève échéance, permettre une intervention thérapeutique utile et éviter des lésions profondes et indélébiles. Il n'es pas douteux que notre malade aurait succombé rapidement sans la craniectomie; il n'est pas plus douteux que, dans bon nombre de cas de méningite séreuse aiguë, on aurait évité l'amaurose par cette intervention opératoire.

La craniectomie étant aujourd'hui une opération béninge, si, bien entendu, on n'incise pas la dure-mère, je pense que le praticien qui ne la recommande pas commet une faute plus grande que s'il déconseillait la laparotomie dans l'étranglement intestinal, la laparotomie étant indiscutablement plus dangereuse que la craniectomie.

Je n'ignore pas que des cas de mort se sont produits à la suite de la craniectomie décompressive; MM. Souques et de Martel (1) ont récemment insisté sur ce point, mais c'est à peine si, sur 72 interventions, les auteurs ont relevé 9 morts rapides. Il est permis de se demander si le chiffre 9 n'aurait pas été doublé, triplé, voire même quintuplé, sans la craniectomie!

La mort rapide est, en effet, très fréquente dans les tumeurs de la base du crâne. Par contre, la craniectomie fait disparaître instantanément les douleurs atroces qu'éprouvent les patients, elle fait disparaître l'œdème de la papille, arrête l'atrophie des nerfs optiques et conséquemment l'amaurose ultérieure.

Est-ce permis, dans ces conditions, de tenter à intervenir d'urgence.

—

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 6 avril 1911. — Présidence de M. Dupré

Maux perforants idiopathiques

MM. SICARD et BLOCH. — Voici un homme de 57 ans, atteint de mal perforant plantaire symétrique et latéral sans que l'on puisse retrouver chez ce malade aucun des symptômes classiques du tabes ni aucune des autres causes invoquées d'ordinaire dans la genèse de ce syndrome dystrophique. Il n'existe

(1) SOUQUES et DE MARTEL. Mort rapide à la suite de la craniectomie décompressive. (*Revue Neurologique*, 15 avril 1911, p. 413.)



chez W... ni glycosurie, ni alcoolisme, ni syringomyélie, ni lèpre, etc. A part deux fausses couches notées chez sa femme, l'enquête syphilitique n'a donné aucun résultat. Notamment, le Wassermann sanguin est négatif, le liquide céphalo-rachidien est normal dans sa composition chimique et cytologique.

Les réflexes achilléens sont abolis. Et c'est tout. Pas de perturbation de la réflectivité rotulienne, pas de douleurs dans les membres inférieurs, pas de troubles vésicaux, pas de crises gastriques, pas de Romberg, pas d'Argyll; inégalité pupillaire et déformation pupillaire gauche à la suite d'un traumatisme grave ancien de la cornée, mais l'œil droit est tout à fait normal, pupille et papille (examen du docteur Galezowski).

MM. Babinski, Barré et Flandin ont attiré l'attention sur les arthropathies à type tabétique, sans tabes, évoluant chez des syphilitiques. Nous pensons qu'en face de ces dystrophies articulaires spéciales, mises en lumière par ces auteurs, il y a place pour le syndrome dystrophique connu sous le nom de « mal perforant », à propos duquel peut s'élever la même discussion nosologique.

Bispasme facial

MM. SICARD et BLOCH. — Nous vous présentons un homme de 83 ans, chez lequel a débuté, il y a près de deux ans, un hémispasme facial gauche du type essentiel à symptomatologie classique. Ce qui fait la particularité de ce cas, c'est qu'il y a six mois environ, l'hémiface droite s'est prise à son tour, et actuellement on note l'évolution d'un bispasme. Tantôt le clonisme débute à droite, tantôt à gauche. Parfois une hémiface seule est secouée, l'autre restant indemne; ou inversement, à l'hémispasme droit succède *immédiatement* l'hémispasme gauche. Les crises gauches sont très fréquentes. Les crises droites le sont moins. Leur apparition, du reste, est plus récente.

Ce double syndrome moteur (bispasme facial) que nous signalons est d'une grande rareté.

Nous avons eu déjà l'occasion d'en montrer un premier cas à la Société, le 7 juillet 1910 (*Revue neurologique*, n° 14, 1910), et M. Meige, à ce propos, discuta la place nosologique qu'il convient d'assigner à certaines convulsions faciales.

M. Henry MEIGE. — Dans les spasmes faciaux qui frappent les deux moitiés du visage, j'ai dit en effet qu'il y a lieu de distinguer plusieurs types cliniques :

D'abord le *bispasme facial*, rarissime, dont M. Sicard a présenté ici un si bel exemple l'an dernier;

Puis, l'hémispasme qu'on peut appeler *à bascule*, localisé d'abord à une moitié de la face, disparaissant pour reparaître ultérieurement du côté opposé;

Ensuite les cas où les contractions spasmodiques, unilatérales d'abord, tendent à se généraliser à toute la face. M. Joffroy et nous-même avons signalé ce fait, assez fréquent lorsque la crise convulsive atteint une grande intensité;

Enfin, une dernière variété sur laquelle j'ai attiré l'attention : *forme bilatérale et médiane* du spasme facial, nettement distincte des précédentes.

En dernier lieu, je tiens à faire observer que les spasmes faciaux peuvent être localisés sur les différents muscles innervés par le nerf facial. Il existe des *blépharospasme*, strictement limités à l'orbiculaire des paupières, sans participation des zygomatiques. J'ai rapporté ici même un cas de *génio-spasme*, où les muscles du menton, d'un seul côté, étaient seuls animés de contractions spasmodiques. Il semble donc bien démontré cliniquement que l'épine irritative qui provoque le phénomène convulsif peut agir, tantôt sur le nerf facial tout entier, tantôt sur un seul de ses filets de distribution.

Dans la majorité des cas, l'origine périphérique des accidents convulsifs ne paraît pas douteuse ; mais il n'est pas certain que la lésion irritative siège toujours sur le nerf facial ; il est possible que, dans certains cas, elle porte sur son noyau d'origine.

M. A. THOMAS. — On peut se demander si, chez la malade présentée par M. Sicard, le retour du spasme n'est pas dû à la régénération du bout *central* du nerf facial. L'absence de toute contraction associée des muscles innervés par le facial à l'occasion des contractions des muscles innervés par le spinal, de même que la persistance de la paralysie faciale, démontrent que l'anastomose spino-faciale n'a pas réussi, et viennent à l'appui de cette hypothèse. Peut-être pourrait-on résoudre la question en pratiquant un examen électrique très minutieux.

Il n'est pas douteux que, suivant l'opinion exprimée par M. Babinski, l'hémispasme ne reconnaisse pour origine une lésion périphérique du nerf facial, sur un point quelconque de son trajet, depuis son noyau d'origine jusqu'à sa terminaison. En ce qui concerne l'hémispasme secondaire, c'est-à-dire celui qui s'installe dans la convalescence de la paralysie, j'ai démontré ici même, il y a quelques années, en m'appuyant sur les résultats de deux observations suivies d'autopsie et d'examen histologique, qu'il peut s'expliquer pas l'existence d'un névrome de régénération sur le trajet du facial.

Je ferai encore remarquer que, dans la plupart des cas d'hémispasme facial primitif, il existe un léger degré de paralysie, et l'examen électrique du nerf révèle ordinairement des modifications (Babinski, André Thomas et Rieder). Dans ces cas, on est amené à supposer que l'hémispasme et la paralysie faciale relèvent d'une même cause, et qu'il existe sur le trajet du nerf, ou peut-être dans le voisinage de son noyau d'origine, une lésion surtout irritative et partiellement destructive.

Dans d'autres cas d'hémispasme partiel, il faut chercher la cause de la maladie, non sur le trajet du nerf, mais sur les rameaux terminaux.

Inversion du réflexe du triceps brachiale dans l'hémiplégie associée au tabes

M. SOUQUES. — Quand on percute, chez un sujet normal, le tendon du triceps brachial au-dessus de l'olécrane, on provoque un mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras ; la même percussion, chez un hémiplégique, produit le même mouvement, plus ou moins exagéré. Il importe de ne percuter ni l'épicondyle, ni l'épitrochlée.

J'ai observé que, dans l'hémiplégie organique associée au tabes, il n'en est pas ainsi. La percussion du tendon du triceps détermine, du côté paralysé (et parfois du côté opposé), un mouvement de *flexion de l'avant-bras sur le bras*, c'est-à-dire une inversion du réflexe tricipital. J'ai observé ce phénomène dans quatre cas d'association tabéto-hémiplégique que j'ai eu l'occasion d'examiner. Et je le considère comme intimement lié à la dégénération du faisceau pyramidal. Dans ces quatre cas, en effet, il coexistait avec le signe de Babinski.

Dans cette association morbide, tantôt le réflexe normal est aboli, et reste aboli, sous la percussion du tendon, laquelle ne détermine que la contraction des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. Tantôt le réflexe normal n'est qu'affaibli ; dans ce cas la percussion détermine bien la contraction du triceps brachial, mais cette contraction reste fonctionnellement inefficace, tandis que les fléchisseurs plus vigoureusement actionnés amènent la flexion de l'avant-bras. Il en est ainsi chez le malade, à la fois tabétique et hémiplégique double, que je présente à la Société. Chez trois autres malades, atteints de tabes et d'hémi-

plégie, la contraction du triceps brachial n'était pas visible : il y avait seulement flexion de l'avant-bras.

Dans le tabes compliqué d'hémiplégie, le réflexe tricipital n'est pas le seul à subir l'inversion. Chez un de mes quatre malades, la percussion du tendon achilléen provoquait, du côté hémiplégique, la flexion paradoxale du pied sur la jambe. Chez ce même malade, la percussion du tendon rotulien produisait une contraction des muscles adducteurs de la cuisse. Le réflexe rotulien comme le réflexe achilléen étaient abolis.

En somme, quelle que soit l'explication physio-pathologique du phénomène, l'association du tabes et de l'hémiplégie vulgaire se traduirait cliniquement, entre autres signes, par l'inversion de certains réflexes, particulièrement du réflexe tricipital.

M. J. BABINSKI. — Chez les tabétiques, le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras peut être conservé, tandis que le réflexe du triceps brachial est aboli. En pareil cas, la percussion sur le tendon du triceps ne donne lieu à aucun mouvement ou détermine un réflexe paradoxal, c'est-à-dire une flexion de l'avant-bras sur le bras; le paradoxe, d'ailleurs, n'est qu'apparent; la flexion est due, en effet, à une excitation, non pas du tendon, mais de l'os sous-jacent; il s'agit d'un réflexe osseux, phénomène physiologique qui n'est plus masqué, comme à l'état normal, par la contraction prédominante que produit le réflexe du tendon tricipital.

Hémorragie cérébrale à foyers multiples

M. SOUQUES. — L'hémorragie du cerveau est généralement unique. Il est rare d'en rencontrer deux foyers et tout à fait evceptionnel d'en trouver davantage.

J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas dont l'histoire clinique assez obscure présente des lacunes, et qui valent surtout comme trouvailles d'autopsie.

Dans ces deux observations, l'hémorragie est remarquable par le nombre de ses foyers. Dans l'une, on peut en compter 28 occupant les différentes régions du névraxe : hémisphères cérébraux, cervelet, espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale et de la moelle; dans l'autre, on en relève 11. Dans les deux, il s'agit d'un minimum, car les coupes ont été assez espacées et, d'autre part, il n'a pas été tenu compte de ceux qui avaient le volume d'une tête d'épingle.

Le volume est, au demeurant, très variable : il est généralement petit, allant d'une grosse noix à un pois, et cela explique pourquoi la plupart d'entre eux ne se sont manifestés par aucun signe clinique et ont permis une longue survie.

Comme siège, ces foyers occupent la substance blanche; la plupart sont immédiatement sous-corticaux et n'ont cependant pas tendance à envahir les espaces sous-arachnoïdiens.

Leur histoire clinique est très obscure. Dans un cas on a cru à de l'urémie, dans l'autre à un foyer cortical de ramolissement ou d'hémorragie. Ces deux malades ont présenté, comme trait commun, la longue évolution qui a duré ici près de trois mois et là près de quatre. Ils étaient l'un certainement, et l'autre probablement brightiques. Et c'est là une notion de première importance, étant donnée la fréquence d'hémorragie cérébrale dans le mal de Bright. Des lésions vasculaires très disséminées, portant sur des artérioles de petit calibre, et une hypertension artérielle permanente paraissent les conditions primordiales des hémorragies à foyers multiples.

A propos de la maladie de Little

M. et Mme LONG. — Dans la symptomatologie, la description classique met, au premier plan, un phénomène fondamental : la contracture, généralisée, avec prédominance paraplégique. A cette contracture musculaire, permanente ou latente, se rattachent l'exagération des réflexes tendineux, le signe de l'extension de l'orteil, plus rarement le clonus du pied. On considère comme des éléments accessoires, constituant une forme clinique particulière, les mouvements dits choréo-athétosiques.

A l'analyse, cette symptomatologie se révèle plus complexe; la contracture présente des variantes nombreuses, dans sa répartition et dans son intensité. Les troubles de la motilité sont indépendants de la rigidité et ils méritent d'être étudiés, non seulement dans leur forme la plus expressive, l'état choréo-athétosique, mais aussi dans leurs formes atténuées.

Ce que nous désirons surtout montrer, c'est que l'impotence fonctionnelle de la maladie de Little n'est pas sous la dépendance de la rigidité; au contraire, elle existe même en l'absence de tout état spasmodique, et elle n'est pas proportionnelle à son intensité. Ainsi, de nos trois malades, le moins infirme, au point de vue moteur, est le premier, puisque cette enfant est capable de sauter à la corde, d'écrire, d'apprendre à broder; cependant c'est elle qui, plus âgée que les autres, a encore le résidu spasmodique le plus évident. Le plus infirme est le second malade, qui n'ose pas encore marcher seul, et qui a besoin d'être toujours aidé pour son alimentation et sa toilette; or, c'est celui dont la contracture est latente aux membres inférieurs, et dont les membres supérieurs sont hypotoniques.

Donc, l'impotence fonctionnelle n'est fonction, ni de la rigidité, ni de la parésie, puisqu'il n'y a chez ces enfants aucune diminution de la force musculaire. L'élément qui conditionne leur infirmité est autre. Il y a chez eux une imperfection de la motilité volontaire. Ils ne sont, à proprement parler, ni choréiques, ni athétosiques, mais tous leurs mouvements sont lents, incertains, inexacts.

M. Henry MEIGE. — Il est parfaitement exact, comme le fait remarquer Mme Long, que les sujets atteints de la maladie de Little, présentent une inhabileté motrice qui paraît indépendante de la gêne apportée aux mouvements par la contracture et l'état spasmodique. Cette maladresse tend à s'atténuer avec l'âge, et disparaît d'autant plus vite que l'éducation motrice est plus attentivement dirigée.

Il est vraisemblable que ce trouble moteur dépend d'une insuffisance du développement des voies d'association cortico-spinales. Mais le déficit n'est pas absolu; pendant de longues années on peut voir des perfectionnements survenir, soit parce que de nouvelles anastomoses s'établissent, soit à l'aide de suppléances fonctionnelles.

La maladie de Little est une affection qui tend naturellement vers l'amélioration : la raideur et l'état spasmodique s'atténuent jusqu'à disparaître dans bien des cas; l'habileté motrice se développe en raison directe des efforts commandés ou spontanés.

Débilité motrice congénitale sans débilité physique

M. ARMAND-DELILLE. — Voici un enfant qui est atteint de diplégie cérébrale congénitale légère, avec prédominance hémiplégique localisée principalement sur le membre supérieur gauche. Ces symptômes relèvent très vraisemblablement d'une hémorragie méningée survenue au moment de l'accouchement.

Chez cet enfant, qui est à peine paralytique, en dehors du membre supérieur gauche, on constate au maximum et avec tous ses caractères le syndrome de débilité motrice de Dupré. Il existe, en effet, chez lui, en même temps qu'une parésie des muscles de la nuque, de la raideur des mouvements, de la syncinésie, le signe de Babinski, et surtout la paratonie ou catalepto-catatonie.

Or, ces signes s'observent, isolément ou réunis, presque exclusivement chez des débiles intellectuels; on peut alors incriminer comme cause de la double débilité, motrice et intellectuelle, une hypogénésie des cellules corticales.

Ici, la localisation respectant les centres intellectuels, les caractères étiologiques, qu'on peut vraisemblablement rapporter à des hémorragies méningées survenues au moment de la naissance, nous montrent que ce syndrome peut être directement en rapport avec les lésions organiques du système nerveux portant sur les centres moteurs de l'écorce cérébrale.

La mâchoire à clignements

MM. GAULTIER et BUQUET. — Quinze jours avant de nous consulter, ce malade, en s'éveillant, s'est senti mal à l'aise, *congestionné*, nous dit-il, la moitié de la tête et tout le côté gauche du corps comme *froids*. Tandis que la moitié gauche de la face était, nous dit-il, de teinte violacée, le bras et la jambe gauches gardaient leur teinte normale et restaient blancs. Il se leva tant bien que mal et, un peu chancelant, s'habilla; il avait, nous dit-il, de la peine à se tenir debout, mais il essaya cependant et parvint, non sans quelque difficulté, de se rendre à son poste. Mal à l'aise et sans appétit, il revint déjeuner à midi : c'est alors que ses enfants, en le voyant manger, se mirent à rire de lui en constatant la grimace qu'il faisait à chaque fois qu'il ouvrait la bouche; en effet, dès que, pour boire et pour manger, il abaissait la mâchoire inférieure, brusquement, comme par un déclic, la paupière inférieure gauche s'élevait rythmiquement avec violence, montrant tout le blanc de l'œil. L'après-midi, d'autres personnes constatèrent le même phénomène; mais, comme le malaise de la matinée s'était dissipé et qu'il pouvait continuer son métier, d'ailleurs peu fatigant, il ne prêta pas grande attention à cette grimace disgracieuse, et ne vint nous consulter que quinze jours après.

A l'examen du malade, le 16 février, la face paraît symétrique et ne présente plus de parésie dans le domaine du facial; mais on constate tout de suite, au repos, un léger ptosis de la paupière gauche, laquelle il peut volontairement relever. Ce ptosis n'existait point, affirme-t-il, avant le 25 janvier, date de l'accident primitif. Quand on lui commande ou qu'on lui fait exécuter à l'aide des mains l'abaissement de la mâchoire inférieure, il se produit une brusque élévation de la paupière gauche; l'œil reste fixe, se montre saillant, découvrant au-dessus du cristallin une large bande de cornée qui donne à la figure un aspect réellement comique.

Ce phénomène se produit, non seulement quand le malade regarde en bas, comme c'est la règle dans la plupart des cas, mais aussi quand il lève la tête ou regarde en haut.

Les mouvements de diduction de la mâchoire produisent le même phénomène que les mouvements d'abaissement.

Les mouvements de contraction du masséter et des temporaux le produisent aussi, mais moins nettement.

Le côté droit n'offre rien d'anormal, et l'occlusion de l'œil droit n'amène aucun changement au niveau de l'œil gauche.

L'explication donnée par la plupart des auteurs paraît des plus faciles à comprendre, si l'on admet qu'il s'agit d'un déficit du releveur dans le noyau

d'origine de la IIIe paire, et que le filet du releveur provient en totalité du noyau du masticateur, du facial ou du glosso-pharyngien.

Dans les cas acquis, comme le nôtre, cette hypothèse est insuffisante ; il est impossible d'admettre une innervation préétablie, qui ne rend nullement compte des phénomènes observés, c'est-à-dire de l'apparition des phénomènes au moment seul où s'est produit le ptosis.

Il nous semble qu'il est plus légitime d'admettre qu'il n'y a là, comme le prétendent du reste certains auteurs, que l'exagération de mouvements associés existant normalement entre les divers muscles en cause et apparaissant à l'occasion d'un affaiblissement des muscles antagonistes. Chez notre malade, en effet, il paraît nettement y avoir eu un certain degré d'hypotonie de tout le côté gauche, et le facial au sortir du trou stylomastoïdien apparaît à l'heure actuelle (examen rapide pratiqué par le docteur Bonniot) comme plus excitable du côté gauche que du côté droit ; et alors, si nous admettons que normalement il y a des mouvements associés d'élévation de la paupière supérieure et d'abaissement de la mâchoire inférieure, comme on peut le vérifier chez un grand nombre de sujets normaux, on peut penser que chez notre malade, chez lequel, au repos, la paupière tombe légèrement, la lutte entre le releveur et l'orbiculaire devient inégale au cours de ces mouvements associés, du fait de l'hypotonie musculaire de ce côté, et, partant, entraîne l'exagération du mouvement normal.

Traitement mercuriel des arthropathies tabétiques

MM. THOMAS et BARRÉ rapportent un cas et concluent :

Il y a lieu d'instituer aussi tôt que possible le traitement mercuriel chez les malades porteurs d'arthropathies dites tabétiques.

L'existence du tabes ne doit plus faire considérer à priori comme incurables les arthropathies qui surviennent au cours de son évolution ou avant son début.

Sans doute, le traitement hydrargyrique n'amène pas régulièrement d'importantes modifications, mais *il est permis d'espérer, dans un certain nombre de cas, des améliorations très appréciables portant sur les troubles circulatoires, sur la motilité articulaire* et, peut-être même, sur l'état du squelette.

Il est bon de savoir aussi, pour en prévenir le malade, que si le traitement hydrargyrique fait d'ordinaire rapidement disparaître les douleurs, *des douleurs apparaissent parfois dès qu'on l'institue.*

Radiothérapie de la sciatique

MM. BABINSKI, CHARPENTIER et DELHERM. — En 1908, l'un de nous publia un cas de « spondylose et douleurs névralgiques très atténuées à la suite de pratiques radiothérapiques ». Il s'agissait d'un homme qui souffrait des chevilles, des genoux, des hanches, de la colonne vertébrale et éprouvait de très vives douleurs sur le trajet des *deux nerfs sciatiques.* Son tronc était fléchi et sa colonne vertébrale rigide ; ce malade pouvait à peine marcher en s'aidant de deux cannes. Après quelques séances de radiothérapie, les douleurs disparurent et le malade put franchir, sans canne, une distance d'un kilomètre, sans difficulté ni douleurs.

Nous apportons aujourd'hui la relation de quatre cas de sciatique-névrite qui, d'abord traités sans succès par les méthodes habituelles, ont définitivement guéri à la suite de quelques séances de radiothérapie. Nous sommes portés à croire qu'entre la disparition des symptômes et l'exposition de la région lombo-sacrée aux rayons X, il y a mieux qu'une coïncidence, un rapport de cause à effet.

De l'ensemble de ces observations, il résulte que les rayons X paraissent avoir une action curative sur la sciatique accompagnée ou non de scoliose; et nous croyons intéressant de formuler, en manière de conclusion, qu'après avoir essayé quelque temps, dans des cas analogues, les médications habituelles : repos, analgésiques, courant galvanique, etc., il y aurait lieu de soumettre les malades à l'action d'un agent physique qui semble susceptible de procurer une amélioration appréciable et même une guérison définitive.

Étude dynamométrique chez les hémiplégiques

MM. BAUDOIN et FRANÇAIS. — Le rapport de la force des muscles antagonistes du côté hémiplégié est sensiblement le même que du côté sain et chez les sujets normaux. Il est, en effet, de 1,5 entre les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras, de 1,45 entre les mouvements d'adduction et d'abduction du bras. Aux membres inférieurs, les rapports entre la force d'extension et la force de flexion de la cuisse, d'extension et de flexion du pied, sont l'un et l'autre voisins de 4.

Le rapport entre l'extension et la flexion de la jambe varie entre 3 et 4.

Remarquons en outre que, pour les adducteurs de la cuisse, muscles synergiques, la différence entre le côté sain et le côté malade est fort peu accusée. Le sujet qui contracte ces muscles est obligé de prendre point d'appui sur un membre pendant que l'autre exerce sa traction. Ainsi, que l'on fasse tirer l'un ou l'autre de ces groupes musculaires, ce sont les deux qui agissent.

Quelle conclusion générale pouvons-nous essayer de tirer du résultat de nos mesures?

Tout d'avord nous avons vu, comme tous les auteurs, que la force est toujours diminuée, même du côté sain, chez un hémiplégique. Ensuite nos chiffres démontrent, comme nous venons de le faire remarquer, que le déficit moteur existe dans tous les groupements musculaires du côté malade.

M. DEJERINE. — Comme viennent de le rappeler MM. Baudouin et Français, les faits qu'ils rapportent sur l'état de la force musculaire des hémiplégiques sont tout à fait confirmatifs de ce que je disais en 1900 dans ma *Séméiologie du système nerveux*, à savoir que la diminution de la force musculaire du côté hémiplégié était globale, sans prédominance sur tel ou tel groupe musculaire, contrairement à ce qu'avaient admis Wernicke et Mann. Il est évident que cette interprétation ne s'applique qu'à l'hémiplégie de cause capsulaire, car, dans le cas de lésion corticale, on peut avoir des monoplégies brachiale ou crurale limitées à certains groupements musculaires. Le fait a été constaté chez l'homme dans plusieurs cas et est tout à fait confirmatif de ce qu'ont obtenu Grünebaum et Sherrington dans leurs expériences d'excitation ou d'ablation sur la frontale ascendante chez les singes anthropoïdes, expériences qui prouvent que la représentation motrice corticale correspond à des groupements fonctionnels nettement délimités.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 16 février 1911. — Présidence de M. Deny

Sur la résistance de l'enfant à la fatigue

MM. LESAGE et COLLIN. — Des examens méthodiques sur une dizaine de cas, nous ont permis de constater que chez les enfants au-dessous de trois ans, la fatigue ne semble pas être ressentie. L'un reste quarante-cinq minutes les deux bras en avant, sans que son visage dénote la moindre fatigue. On le fait rire, on lui parle et il semble accomplir cet acte avec tant de facilité qu'il

faut lui dire expressément de baisser les bras pour qu'il songe à le faire. Un autre est resté les bras levés perpendiculairement au sol, vingt-huit minutes, sans aucun symptôme de fatigue. Signe de Babinski positif ou douteux; cyncinésie dans deux cas.

Des expériences faites sur des enfants plus âgés, trois ans et demi, quatre et cinq ans, ont été négatives. Les bras avaient une grande difficulté à rester immobiles, dans la position donnée; au bout de deux minutes, malgré les encouragements, les enfants demandaient à cesser et manifestaient une fatigue évidente: un ouf significatif ou un long soupir terminaient cette séance beaucoup trop longue à leur gré. Signe de Babinski toujours négatif, pas de syncinésie ordinairement.

Cette résistance à la fatigue dénote d'une façon très particulière la débilité mentale et motrice physiologique du premier âge, débilité qu'on ne peut guère mettre en évidence, sous cette forme, avant la seconde année et qui cesse à la troisième année.

M. G. BALLET. — Ces faits éclairent dans une certaine mesure la pathogénie de la fatigue. Les phénomènes cataleptiques ne se produisent en effet que dans les cas où le psychisme est obnubilé ou absent (hypnotisme, démence, etc.). Chez les enfants qu'on nous présente la même condition est réalisée; on pourrait dire qu'ils agissent par leur faisceau pyramidal plus que par leur corticalité, aussi sont-ils capables de longs efforts. La fatigue paraît être surtout un phénomène cortical où, pour être plus précis, psychique.

M. BERNHEIM. — J'ai observé des phénomènes cataleptiques à l'état normal; mais dans ces faits il s'agissait toujours d'individus à cérébralité fruste, des paysans peu cultivés ou des débiles vrais. On les observe également au cours de la fièvre typhoïde. La catalepsie indique toujours une diminution du psychisme.

M. ARNAUD. — Chez les paralytiques généraux on retrouve cette absence de fatigue non seulement dans les phénomènes ordinaires de catalepsie, mais encore dans l'attitude particulière et permanente de la tête et des épaules relevées au-dessus du lit. Cette attitude est un signe précoce de chronicité.

Psychose confusionnelle par émotion-choc

MM. DUMAS et DELMAS. — Il s'agit d'un mécanicien du chemin de fer, victime d'un accident ayant occasionné une émotion morale violente.

Le symptôme fondamental est ici, comme dans la confusion mentale primitive telle que l'ont définie Delasiauve et Séglas, « la gêne de l'exercice volontaire des facultés intellectuelles » et en admettant la classification qu'ont donnée ces auteurs des formes cliniques de cette affection, notre cas se placerait entre la confusion mentale primitive asthénique et la stupidité légère (Delasiauve) ou torpeur cérébrale (Ball).

M. DUPRÉ. — Le syndrome confusionnel reconnaît des mécanismes souvent différents. Tantôt c'est le ralentissement des opérations psychiques, comme cela paraît être le cas chez le malade de M. Delmas, qui domine la situation et semble causer la confusion : celle-ci est alors la conséquence de ce qu'on pourrait dénommer la *bradypsychie*. Tantôt c'est, au contraire, l'accélération des processus psychiques, qui détermine l'état confusionnel; tantôt c'est l'émotion, l'anxiété, qui perturbent le mécanisme de l'attention, de l'assimilation des images, de l'élaboration des idées, de l'évocation des souvenirs, etc. Dans tous ces cas, l'étiologie et surtout la pathogénie du trouble psychique variant et aboutissant néanmoins à un résultat clinique grossièrement comparable, la confusion mentale. C'est l'étude analytique des cas purs et relativement simples, comme celui de M. Delmas, qui peut éclairer le mécanisme psychologique du syndrome confusion mentale.

Des rémissions dans la démence précoce

MM. SEGLAS et LOGRE. — L'histoire de cette malade, qui se présente aujourd'hui comme une démente précoce, nous paraît intéressante à divers égards.

De 1892 à 1896, la maladie a procédé par poussées successives, constituant des sortes d'accès. Nous avons vu que la symptomatologie en était assez polymorphe (agitation maniaque avec loquacité et impulsions; idées délirantes diverses d'auto-accusation, d'hypocondrie, de grandeur; opposition et refus d'aliments) et se caractérisait surtout par la coexistence d'une agitation de teinte maniaque avec un délire de teinte mélancolique prédominante, comme dans certains de ces cas qu'on appelle aujourd'hui des cas mixtes.

De plus, il est à noter que ce trait particulier, comme d'ailleurs les détails principaux du tableau clinique, se retrouvent, depuis le début de la maladie, dans toutes les poussées successives, ainsi qu'en témoignent les renseignements recueillis et les différents certificats.

Enfin, au point de vue de l'évolution, ces sortes d'accès, de poussées, furent séparées par trois périodes de rémission de deux, trois et quatre mois, et par une période plus longue, d'une vingtaine de mois, que l'on peut presque considérer comme une intermittence, puisque, pendant tout ce temps, Mlle P... a repris sa place dans la vie sociale, et a pu faire à la Maternité ses études de sage-femme.

Cette question des rémissions dans la démence précoce est une des plus importantes pour le clinicien, et, il faut bien le dire, une de celles qui restent le moins connues. A travers les avis contradictoires émis par les auteurs, il semble cependant qu'une notion tende à se dégager, c'est que l'incurabilité définitive est la règle dans la démence précoce; mais que, parfois, on observe des rémissions telles que les malades donnent l'impression non seulement aux profanes, mais même à beaucoup de médecins, d'être totalement guéris. On en voit qui, à un œil averti, présentent encore quelques légers symptômes résiduels, marquant désormais une tare individuelle, toutefois leur permettant de vivre inactifs dans la vie commune sans attirer l'attention.

Mais on en voit d'autres aussi qui peuvent même jouer un rôle actif et tenir leur place dans la société.

Hallucinose chronique

MM. DUPRÉ et GELMA. — Cette malade ne présente aucune idée délirante; les troubles psycho-sensoriels constituent uniquement le tableau clinique, ils surgissent constamment, nuit et jour, au milieu de la bonne humeur de la malade sans diminuer sa gaieté ou sa tendance à la plaisanterie.

Ce sont les hallucinations de la vue et de l'ouïe qui dominent. Pêle-mêle apparaissent des cactus, des palmiers, dont les feuilles diversement colorées (blanc et noir) s'abaissent lentement sur son visage, des animaux de toute nature; des lions, des girafes, des chevaux, dont elle ne voit souvent que la tête fixée au plafond de sa chambre, des cafards, fourmis, etc. Un chien noir habite sa chambre, se blottit dans son lit : il est tantôt énorme, tantôt minuscule. Puis ce sont des hommes, des femmes de sa connaissance, des têtes ou des bustes qui s'approchent du bord de son lit, tantôt avec la plus grande netteté des contours, tantôt très flous. Elle a ainsi vu Jésus-Christ, tel qu'on le représente sur les autels dans les églises. Parfois images obscènes, visions d'organes sexuels, etc. Raies blanches au plafond, étoiles filantes.

Ces visions parfois la terrifient : ainsi elle a vu Alphonse XIII se changer en squelette au bord de son lit; mais souvent elle les accepte avec indifférence ou ironie : « Je vois des champs de blé, des coquelicots, des bleuets, c'est bien garni ! quoi ! »

Les hallucinations de l'ouïe sont aussi variées : voix de personnes connues, de son médecin, de son mari, etc. Tantôt ce sont des insultes les plus grossières, les plus obscènes, des accusations : « T'est spirite ! » Tantôt ce sont des conversations banales : « Viens par ici, viens avec nous, ne va pas chez ton médecin, renvoie-le, il est occupé en ce moment, il ausculte des malades », etc. Ces troubles auditifs affectent toutes les modalités : hallucinations unilatérales, phénomènes de l'attaque et de la réponse, hallucinations impératives se rapportant souvent aux fonctions sexuelles.

Le début eut lieu à la suite d'un chagrin ; l'évolution fut progressive :

Ce tableau clinique se rapproche sensiblement de celui que Séglas a jadis décrit sous le nom de *délire hallucinatoire* et des cas présentés à la Société Médico-Psychologique par son élève Cotard. Il présente également les plus étroites analogies avec l'observation présentée dernièrement à la Société Clinique de Médecine mentale par M. Crinon. Sans vouloir ici entreprendre l'étude de ce syndrome, nous estimons qu'il doit être distingué sous le nom d'*hallucinose*, des délires ou des psychoses hallucinatoires, dans lesquels les interprétations et les conceptions délirantes constituent, avec les hallucinations, le tableau clinique. Le terme d'*hallucinose*, dû à Wernicke, désignait, dans la terminologie du maître allemand, des délires hallucinatoires aigus ou chroniques. Nous pensons qu'il y aurait avantage à en restreindre la signification et à l'appliquer à la dénomination des syndromes purement ou presque purement hallucinatoires, comme ceux de Séglas, Cotard, Crinon et enfin celui que nous vous présentons aujourd'hui.

M. BALLET. — J'accepte d'autant plus volontiers le terme d'hallucinose chronique proposé par M. Dupré pour désigner les faits analogues à celui qu'il présente que le terme de psychose hallucinatoire chronique prête à confusion. Je me sers de ce dernier pour désigner les psychopathies où le délire plus ou moins systématisé, constitué par des idées de persécution et des idées ambitieuses, associées à des hallucinations multiples, tend vers la chronicité avec ou sans démence terminale.

M. SÉGLAS. — Il est un détail qui peut être intéressant à rechercher en pareil cas et que M. Cotard avait noté chez ses deux malades. Il avait remarqué qu'ils étaient entrés à Bicêtre volontairement ; que l'un d'eux (je l'ai déjà dit l'autre jour) déclarait se trouver plus tranquille dans un hospice de maboul*s* (*sic*) qu'en liberté ; que l'autre, sans admettre ses hallucinations comme des phénomènes subjectifs, convenait volontiers que tout cela était absurde et disait être venu pour se soigner.

Il semble donc que ces malades, qui ne reconnaissent pas le caractère subjectif de leurs hallucinations et les acceptaient comme des réalités, avaient, d'autre part, sinon la conscience précise, du moins comme un vague sentiment de quelque chose d'anormal.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'auto-suggestion volontaire, par le Dr Gérard BONNET. (In-18 de 302 pgaes. Paris, 1911. Ronoset, éditeur. Prix : fr. 3.50.)

Un fait domine toute la situation. C'est la prépondérance indéniable de l'auto-suggestion dans tous les actes qui ont pour intention et pour effet l'amélioration de l'état physique, de l'état intellectuel et de l'état moral.

L'auto-suggestion est partout ; elle intervient en toute occasion. Qu'elle soit pratiquée à l'état de veille ou dans un degré d'auto-hypnotisme plus ou moins avancé, plus ou moins élevé, c'est elle qui nous permet d'agir sur les diverses fonctions de notre organisme, de modifier nos habitudes, de corriger nos défec-

tuosités et nos défauts, d'augmenter le nombre de nos qualités et de les perfectionner sans relâche.

Mais, pour que l'auto-suggestion, consciente et éducatrice, soit bien efficace, pour qu'elle se réalise le plus rapidement possible conformément à nos désirs, elle doit s'accompagner de quelques conditions adjuvantes dont les principales, presque nécessaires, sont : l'énergie cérébrale, la force de la volonté, la confiance en soi, la concentration de la pensée.

Des exercices spéciaux sont indiqués pour perfectionner chacune de ces conditions, chacune de ces qualités spéciales, dont la possession et la grandeur sont indispensables pour la formation d'une personnalité puissante.

Au début, on se bornera à des exercices simples, faciles et de courte durée (musculaires ou intellectuels) que l' n pourra varier à discrétion, mais que l'on devra choisir de telle sorte que leur exécution puisse être faite complètement et sans fatigue.

N'oublions pas que le moindre effort a son utilité et que l'opération la plus futile, pouvant sembler insignifiante, procure toujours quelque avantage.

Plus tard, on abordera les exercices compliqués, fatigants, difficiles ou plus longs.

L'auteur termine en disant :

« Je crois devoir recommander, de façon rigoureuse, les procédés que j'ai indiqués dans l'étude de la concentration de la pensée et, en particulier, ceux dans lesquels on fait usage des sens de la vue et de l'ouïe. Exercez votre oreille, développez la fixité de votre regard, de temps à autre, une ou deux fois par semaine, quand vous disposez d'un loisir suffisamment long. Vous obtiendrez par ces séances spéciales un perfectionnement psychique et vous conserverez en bon état de santé et d'activité deux organes importants.

» Mais, surtout, utilisez la méthode des respirations régulières; faites fréquemment des respirations moyennes bien rythmées; faites-les avant les repas de midi et du soir, tous les jours si c'est possible; faites-les dans votre lit, matin et soir, ou, tout au moins, le soir avant de vous endormir. Ceci, vous le pouvez toujours, même en cas de grande fatigue; si vous dominez le besoin de sommeil vous ferez un bon exercice de volonté.

» De temps en temps, pratiquez un certain nombre de respirations profondes; fixez-en le nombre avant de commencer, pas trop grand, de manière à réussir, à pouvoir aller jusqu'au bout : cinq d'abord, puis dix; vous augmenterez insensiblement.

» Quel que soit l'exercice choisi, il n'est pas nécessaire d'y employer beaucoup de temps; quelques minutes par jour sont suffisantes. L'important ,quand une décision a été prise, c'est de ne pas oublier et de s'entraîner tous les jours pendant quelques instants.

» Usez constamment de l'auto-suggestion pendant toute la durée de l'opération.

» Au fur et à mesure que vous avancerez dans votre entraînement, vous approcherez de plus en lus de la maîtrise de vous-même; vous commanderez à votre pensée, à tous vos organes; vous ressentirez un bien-être général et vous aurez conscience que votre vigueur, sous toutes ses formes, se maintient ou s'accroît.

» Comme conséquence, votre puissance personnelle se développera proportionnellement. Exercez-vous souvent à vous parler devant la glace, en maintenant votre regard ferme et immuable, sans rudesse et sans effort. Sachez donner une poignée de main. »

L'année électrique et radiographique, par M. Foveau de Courmelles, onzième année. (Paris 1911, in-8° de 320 pages, Beranger, éditeur. Prix : fr. 3.50.)

Poursuivant sa publication périodique, l'auteur publie son onzième volume qui contient la description des progrès réalisés en 1910 dans le domaine élec-

trique et radiographiques; il décrit les appareils et faits nouveaux concernant l'électro-chimie, la lumière, le chauffage, la traction, les télégraphes et signaux, la télégraphie sans fil, l'électrophysiologie et l'électrothérapie, la radiographie, la radiothérapie, la photothérapie, la radioactivité.

Le médecin devant la loi, par Maurice VALENTIN, avocat. (In-8° de 142 pages, relié. Bruxelles 1910, H. Lamertin, éditeur).

L'auteur a cherché à rassembler et à résumer clairement les notions éparses des textes intéressant la profession médicale. Il a tenté de faire à la fois œuvre théorique et pratique en énumérant, à côté des articles de la loi, les cas particuliers les plus fréquents avec la solution que leur donne la jurisprudence.

Ce volume est divisé en six chapitres intitulés : le médecin et le Code, le médecin et les médicaments, l'exercice illégal de l'art de guérir, le secret professionnel, la responsabilité du médecin, les honoraires.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, de notre distingué collègue le Dr A. Marie la lettre suivante :

Mon cher Directeur,

Dans le numéro du 5 janvier 1911 de votre estimable journal, a paru un article très intéressant de MM. Voivenel et Fontaine, sur vingt cas de pellagre observés dans les asiles d'Auch et de Saint-Lizier.

J'ai eu l'honneur d'être mis en cause par mes distingués collègues et par M. le Professeur Remond, de Metz, qui ont bien voulu me citer.

Pour eux, l'étude précitée montrerait combien prématurées étaient mes affirmations de 1908, dans mon volume *Pellagre* (Giard et Brière), où je considérais la pellagre en France, comme une rareté, m'appuyant sur Régis et Mairet, d'une part, et sur le silence des rapports médicaux de toutes les régions intéressées.

Je ferai remarquer que mon affirmation tient, du moins pour l'époque où elle fut formulée, puisque MM. Voivenel et Fontaine reconnaissent que tous leurs cas correspondent à des constatations postérieures à 1909, *date à laquelle il n'existait à Auch aucun cas de pellagre en activité*, et qu'ils furent fort étonnés d'en trouver en 1908-1909 avec leur maître, M. le Professeur Remond.

Les autres cas trouvés à Linioux et Saint-Lizier ne correspondent à aucun cas de pellagre hors les asiles et au demeurant, sur les vingt cas publiés, dix-huit sont des *syndromes pellagroïdes*, selon le diagnostic de M. Remond, de Metz lui-même, auquel se rallient les auteurs.

Restent donc deux cas de pellagre vraie maïdique proprement dite, qu'est-ce cela à côté des folies pellagreuses que nous avons pu observer en Italie, en Russie méridionale et en Egypte. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1907, et *Pellagre*, Colombia, 1910, Marie, Lavuid et Fabiok)

Je maintiens donc que la pellagre se meurt en France, et que des enquêtes de la précision et de la valeur de celles de nos distingués collègues ne font que contribuer à le montrer.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

Dr MARIE (de Villejuif)

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelle contribution à l'étude de la myéloarchitecture de l'écorce cérébrale

par M. et Mme O. VOGT (de Berlin).

Communication faite au XXme Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

Je me propose de compléter aujourd'hui ce que j'ai dit l'année dernière, à Paris, sur la myéloarchitecture de l'écorce cérébrale (1).

Ce que je disais alors en traitant uniquement le lobe frontal, s'applique également à tout le reste de l'hémisphère. De même que dans le lobe frontal, on peut distinguer dans tout l'hémisphère un nombre inattendûment grand de champs myéloarchitecturaux, champs qui sont bien différenciés les uns des autres, qui présentent des limites nettes et qui ne suivent pas d'une façon absolue la disposition des circonvolutions. J'attire spécialement votre attention sur ce dernier point. Il vous suffira de jeter un regard sur les figures 4 et 5 pour vous rendre compte que la disposition des champs ne suit pas toujours celle des circonvolutions. Les gros points traversés par un trait, donnent la limite entre l'*isocortex* et l'***allocortex*** (voir plus loin), c'est-à-dire entre deux séries de champs d'une architecture profondément différente. Or, nous ne voyons presque nulle part dans ces figures la limite entre ces deux groupes de champs coïncider avec un sillon. Nous trouvons un exemple analogue dans la première circonvolution temporale transverse (*Ttr 1;* fig. 1), cette circonvolution, dont on a pourtant voulu faire un centre de fonction spéciale et unique et de structure spéciale et uniforme.

Nous voyons que cinq champs différents (τ^1, τ^2, τ^3, τ^4 et τ^5) prennent part à sa formation et que de ces cinq champs un seul, τ^2, lui appartient en entier, les quatre autres se continuant encore sur d'autres circonvolutions. Ainsi donc, en étudiant la myéloarchitecture comme en étudiant la cytoarchitecture (Brodmann (1) et Marinesco et Godstein), les fibres de projection (2) et même la myélo-

(1)Voir *Revue Neurologique*, 1910, n° 7.

(1) Le champ τ^1 correspond à la région caudale du champ **52** de BRODMANN, τ^2, τ^3, τ^4 et τ^5 à son champ **41**. L'étendue et la topographie des champs τ^1 — τ^5 est très variable.

(2) La radiation du corps genouillé interne ne se termine pas seulement dans Ttr et une destruction complète de Ttr1 ne produit pas dans le faisceau de Türck de dégénérescence visible à la coloration de Weigert.

génie (3) — à condition qu'on la fasse objectivement, — nous ne trouvons pas le moindre fait qui puisse justifier la tentative de Flechsig quand il veut donner à la première circonvolution temporale transverse une fonction tout à fait à part et en faire le centre unique de l'audition.

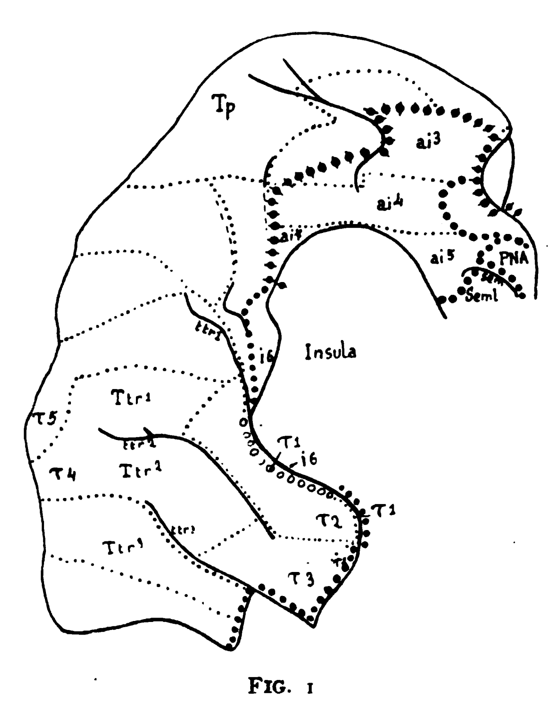


FIG. 1

Face supérieure de la première circonvolution temporale, reconstruite à l'aide d'une serie frontale.

PNA = Partie superficielle de l'amygdale, *Seml* = Circonvolution semi-lunaire de Retzius, *sem* = sillon semi-lunaire de Retzius, *Tp* = Pôle temporal, Ttr ^{1}—^{3} = première, deuxième, troisième circonvolution temporale transverse. ttr^1—ttr^3 = 1er—3e sillon temporal transverse.

Maintenant que j'ai étendu mes études myéloarchitecturales à tout l'hémisphère, je puis aborder une question qui a été l'objet de beaucoup de controverses ces dernières années. Depuis l'époque de Meynert, on a souvent pensé que l'écorce, prise dans toute son épaisseur, servait exclusivement sur une grande étendue, soit aux sensations *(centres sensoriels)*, soit à la mémoire *(centres mnestiques)*. Est-ce que la myéloarchitecture nous apporte des faits qui appuient cette manière de voir?... On trouve bien un dualisme de

---

(3) Ttr^1 ne se myélinise pas d'un seul coup sur toute son étendue et n'est pas non plus myélinisé en totalité avant toutes les autres parties de T^1.

structure assez net si l'on oppose tous les champs supraradiés (1) (*allocortex*) au reste des champs (*isocortex*).

L'*allocortex* comprend :

1° Le bulbe, le pédoncule (=tractus) et le trigone (=tuber) olfactifs; le trigone olfactif est composé lui-même de trois champs différents (fig. 4) : *Tr, Rl* (=région de la racine latérale), *Rm* (=région de la racine médiale) ;

2° La partie postérieure de la circonvolution olfactive médiale (aire *14* de ma première publication) ; l'aire *13* forme comme une

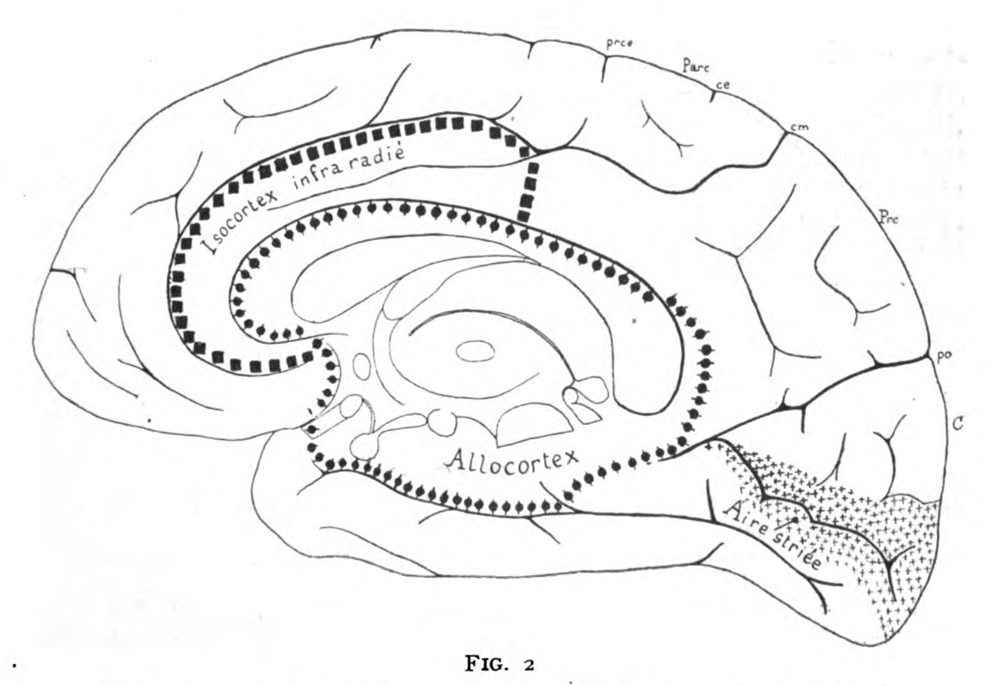


FIG. 2

Face médiane de l'hémisphère, montrant l'étendue de l'allocortex, de l'isocortex infra-radié et de l'aire striée.

transition entre les champs supraradiés et les champs eustriés. On peut à volonté la compter parmi ceux-ci ou ceux-là.

3° A peu près la circonvolution olfactive latérale, composée de sept champs différents qui possèdent tous un avant-mur (ai^1 — ai^7 dans les figures). Le champ *66* dans ma première communication

---

(1) Les champs supraradiés n'ont pas seulement leur supraradiation comme caractère commun, mais ils possèdent tous une lame tangentielle exceptionnellement riche en fibres et presque toujours leur stratification s'éloigne beaucoup de celle du schéma fondamental.

forme une sorte de transition entre l'allocortex et l'isocortex avoisinant;

4° La circonvolution sous-calleuse et le septum lucidum;

5° La substance perforée antérieure qui comprend au moins trois champs: *Tb* = tubercule olfactif, *Pf* et *Ad* = Aire diagonale de Retzius (fig. 4).

6° La *partie hippocampique*. Elle comprend non seulement la corne d'Ammon et le fascia dentata, mais encore — contrairement à l'opinion de Retzius et d'E. Smith et en concordance avec le

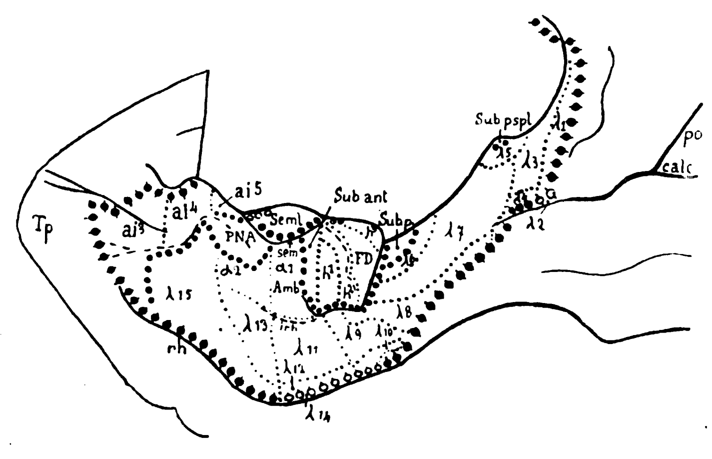


FIG. 3

La deuxième circonvolution limbique et son entourage reconstruite d'après une série frontale.

Amb = circonvolution ambiante de Retzius; *calc* = fissure calcarine; *irh* = sillon rhinal inférieur; *po* = fissure pariéto-occipitale; *rh* = sillon rhinal (= partie antérieure de la fissure collatérale).

Voir l'explication des autres abréviations sous fig. 1 et dans le texte.

schéma cytoarchitectural de Brodmann — *toute* la circonvolution du crochet. La partie de cette circonvolution qui est située en avant de la bandelette de Giacomini (*FD* dans la fig. 3) est composée d'arrière en avant: d'une partie de la « région godronnée » de la corne d'Ammon (h^2), d'une partie de la « région hippocampique » de la corne d'Ammon (h^1) et d'un subiculum modifié (*Sub. ant.*). Dans la corne d'Ammon elle-même le subiculum (*Sub. post.*) subit dans le voisinage du bourrelet du corps calleux une nouvelle modification (*Sub. pspl.*). Si, enfin, on veut considérer comme un champ spécial la partie qui forme la transition entre la corne d'Ammon et le fascia dentata (*feuille terminale* de la corne d'Ammon) on en arrive à diviser la partie hippocampique en sept champs: *Sub. ant.*, *Sub. p.*, *Sub. pspl.*, h^1, h^2, h^3 et *FD*.

7° L'indusium du corps calleux;

8° La circonvolution semi-lunaire de Retzius *(Seml);*

9° La circonvolution ambiante de Retzius (*Amb*) qui comprend trois champs: a^1, a^2 et *PNA* (= surface de l'amygdale);

10° Presque toute la deuxième circonvolution limbique (dix champs, λ^6 à λ^{15}) et la partie antérieure de la région rétrospléniale de la première circonvolution limbique (5 champs, λ^1 à λ^5).

Cet *allocortex* n'est certainement pas exclusivement en rapport avec le sens de l'odorat, car on en retrouve certaines parties bien développées chez un animal anosmatique comme le dauphin. Mais d'autres sens, surtout la vue et l'ouïe n'ont certainement rien à faire avec cette région corticale. On ne peut donc pas voir dans l'allocortex, la partie sensitive ou la partie mnestique de l'écorce.

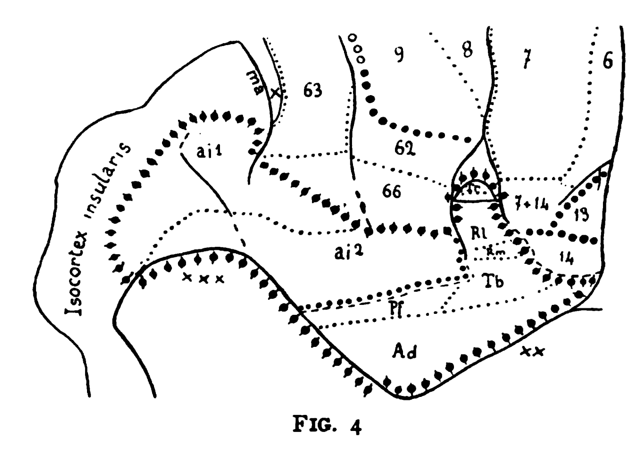


FIG. 4

La substance perforée et son entourage après ablation du lobe temporal (XXX), du chiasma (XX) et de la partie du lobe frontal qui est formée par les champs *64* et *65* (X). Reconstruction d'après une série frontale.

On pourrait trouver un autre dualisme en opposant la *partie insulaire* au reste du cortex, c'est-à-dire en opposant la région corticale qui possède un avant-mur à celle qui en est dépourvue. La *partie insulaire* comprend à peu près la circonvolution olfactive latérale (*allocortex insulaire*, ai^1 à ai^7) et presque toute la vraie insula (c'est-à-dire la partie de l'insula située au-dessus de l' « angle de la circonvolution olfactive latérale » de Retzius ou « limen insulæ » [seuil de l'insula] de Schwalbe), qui est composée de six champs i^1 à i^6 et forme l'isocortex insulaire. Si nous faisons abstraction de la présence d'un avant-mur, ces champs ont l'architecture des champs avoisinants de la partie interne de l'opercule qu'ils touchent au niveau du fond de la partie dorsale du sillon marginal antérieur et du sillon marginal supérieur. Seulement, les champs de l'insula sont

toujours moins riches en fibres que les champs correspondants de l'opercule. Ainsi i^1 présente l'architecture du champ *57*, i^2 celle du champ *56*, i^3 celle du champ *41*, i^4 celle du champ qui est situé dans l'opercule derrière *41*, et $i^5 + i^6$ celle du champ pariétal suivant, avec cette différence que i^6 est encore plus pauvre en fibres que i^5. En arrière de i^5 et de i^6, une partie du champ τ^1 prend encore part à la formation de l'insula. Nous avons vu plus haut qu'une autre partie de ce champ contribue avec d'autres champs à constituer la première circonvolution temporale transverse (*Ttr*¹).

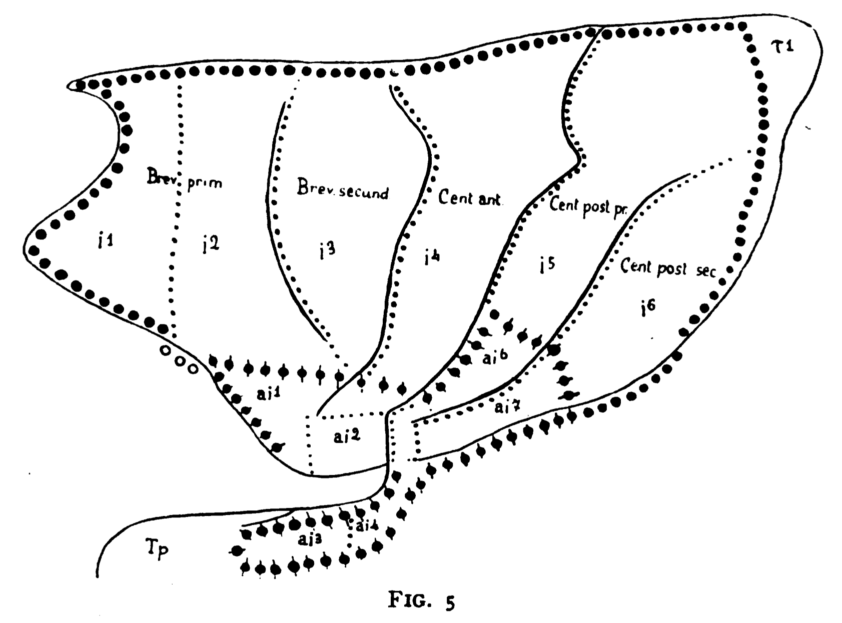


FIG. 5

Insula. *Brev. prim.* = Gyrus brevis primus de RETZIUS; *Brev. secund.* — Gyr. brev. secund. de RETZIUS; *Cent. ant.* = gyrus centralis ant. de RETZIUS; *Cent. post. pr.* = Gyr. centralis posterior primus de RETZIUS; *Cent. post. sec.* = Gyrus centralis posterior secundus.

τ^1 a la même architecture générale que le reste de *Ttr*¹, seulement il est plus pauvre en fibres. Il n'a pas d'avant-mur et n'appartient donc pas à l'isocortex insulaire.

J'ai donné ces détails myéloarchitecturaux, parce qu'ils sont d'un certain intérêt général. Nous avons ici une partie de l'allocortex et une partie de l'isocortex, unis par un caractère commun: présence d'un avant-mur. De plus, la vraie insula n'est pas seulement constituée par des champs bien différents les uns des autres, mais le type d'après lesquels ces champs sont construits est justement le type de champs qui représentent chacun pour soi une région corticale importante. Nous avons ainsi en i^1 un représentant de *F3*, en i^2

de *F2*, en i^3 de *Fa*, en i^4 de *Pa*, en i^5 et i^6 de l'opercule pariétal. Et nous voyons encore, touchant à i^5 et i^6 une continuation dépourvue d'avant-mur (τ^1) de *Fi*. Ainsi l'insula *Pa* est comme un champ de rassemblement de certains types myléoarchitecturaux, dont chacun caractérise une partie assez importante du cerveau et on serait facilement induit à voir dans ce rassemblement l'union d'un certain nombre de champs mnestiques. Mais le seul fait du peu d'étendue de l'isocortex insulaire en comparaison avec le reste de l'isocortex suffit à faire tomber cette hypothèse.

On pourrait aussi songer à opposer la *région infra-radiée* (voir fig. 2) au reste euradié de l'isocortex. Nous nous heurtons ici au même écueil que précédemment : petitesse de la *région infra-radiée* par rapport à la *région euradiée*. Il en serait de même si nous voulions opposer l'*aire striée* (voir fig. 2) au reste de l'isocortex. L'aire striée est encore plus petite et nous savons de plus qu'elle est en rapport avec le seul sens de la vision.

Reste la différence entre le nombre et la grosseur des fibres dans les couches profondes de l'écorce, différence qui correspond à la différenciation myélogénétique, comme nous l'avons montré, il y a dix ans, Mme Vogt et moi.

Mais ces deux différences concordantes n'offrent pas de dualisme précis, car nous trouvons toutes les transitions entre les deux extrêmes. De plus, et c'est là le point important, ces deux différences ne coïncident avec *aucun* caractère spécial dans l'architecture. Par exemple, le champ *17* a autrement d'une façon très prononcée les mêmes caractères que le champ *15*, mais ses fibres radiées et les fibres horizontales de ses couches internes sont plus nombreuses et plus épaisses. La région du lobe occipital qui représente le champ *19* de Brodmann forme aussi une région uniforme si l'on considère certains de ses caractères myéloarchitecturaux ; elle est, par exemple, subunitostriée sur toute son étendue, mais elle présente des différences considérables au point de vue du nombre et de la grosseur des fibres dans ses diverses parties.

Ainsi toutes mes études n'apportent aucune preuve à l'appui de ce dualisme prétendu, même si l'on ne parle plus d'un dualisme absolu et si l'on admet l'existence de quelques régions intermédiaires.

Ceci dit, je finirai par quelques considérations sur la myéloarchitecture au point de vue de l'anatomie comparée.

En descendant dans la série des mammifères on retrouve un certain nombre des champs que j'ai distingués chez l'homme. Ainsi le champ qui occupe la lèvre postérieure du sillon central, présente tout à fait la même structure chez l'homme et chez le cercopithèque Bien plus, il y a des champs qu'on retrouve non seulement chez le

cercopithèque, mais encore chez des mammifères beaucoup plus inférieurs.

Chez l'homme (fig. 3) nous trouvons derrière le bourrelet du corps calleux et se suivant d'arrière en avant, les aires λ^1, λ^3 et λ^5 Ces trois aires sont suprastriées et leur lame tangentielle est riche en fibres augmente en *6a* et en *6b*. Nous retrouvons cette aire avec dans les couches *2 et 3a*, riche en fibres à partir de *3b*. Cette richesse en fibres augmente et *6a* et en *6b*. Nous retrouvons cette aire avec les mêmes caractères et le même siège, non seulement chez le cercopithèque (1), mais aussi chez le lémur.

Dans λ^3, la sous-lamelle *10+b* est non seulement plus riche en fibres, mais s'est élargie aux frais de *1c* resté rudimentaire; *2* est pauvre en fibres, *3* n'existe pas, *4* est riche en fibres, *5* est moins riche en fibres, *6a* est de nouveau plus riche en fibres et *6b* l'est encore plus. Nous retrouvons ce champ λ^3, non seulement chez le singe et le lémur, mais encore chez le lapin. Si nous jetons un regard sur la figure que Zunino (1) donne du champ *29a* de Brodmann, nous voyons que ce champ présente tous les caractères que nous venons d'énumérer pour le champ λ^3. Dans le champ λ^5, *1* est encore plus large que dans λ^3 et *2* a disparu. Nous retrouvons un champ identique à λ^5 chez le singe, le lémur et le lapin (Voir type *26* dans le travail de Zunino). Ainsi, nous avons dans ces constatations le commencement d'une anatomie comparée myéloarchitecturale, sœur cadette de l'anatomie comparée cytoarchitecturale dont Brodmann a été le principal fondateur. Je vous rappellerai seulement les fig. 12 et 22, 16, 17 et 23, 43-49 de sa *Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde*. On voit dans ces figures combien certains champs restent les mêmes jusque chez les marsupiaux. Cependant, malgré tous les efforts de Brodmann, l'homologie d'un grand nombre de champ reste encore douteuse. C'est pourquoi la myéloarchitecture nous sera d'autant plus précieuse dans l'avenir, car de même qu'elle nous a permis de délimiter un nombre inattendu de champs dans l'hémisphère cérébral humain, elle nous aidera à combler les lacunes que la cytoarchitecture ne nous a pas permis de combler au point de vue de l'anatomie comparée.

---

(1) Dans la figure que MAUSS donne de son aire *26* (Die faserarchitektonische Gliederung der Grosshirnrinde bei den niederen Affen, *Journ. f. Psychologie und Neurol.*, Bd. 13) le côté gauche de cette aire *26* représente mon champ λ *1*, le côté droit de cette même aire, mon champ λ 3.

(1) G. ZUNINO. Die myeloarchitektonische Differenzierung der Grosshirnrinde des Kaninchen. (*Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, Bd. 14.)

Recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques Essais de corriger l'ataxie par des bandages orthopédiques

par le D[r] NOICA (de Bucarest)

Communication faite au XX[me] Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

---

Nous allons exposer ici, brièvement, nos recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques, car nous avons l'intention de développer notre sujet, dans un travail ultérieur.

Les symptômes ataxiques que les malades présentent aux membres inférieurs, et aux membres supérieurs, doivent être séparés par nous en deux groupes. Nous devons faire cette distinction, car les symptômes qui les composent sont produits par des causes différentes.

Les symptômes du premier groupe sont la conséquence de la coïncidence de deux phénomènes, l'un normal, qui est relativement bien conservé, *la motilité volontaire* et l'autre anormal ou pathologique, *la perte du sens musculaire*, ou articulaire, ou des attitudes. Les symptômes du second groupe, résultent d'un tout autre mécanisme, c'est-à-dire de la présence de deux phénomènes: l'un normal (le même que plus haut), la motilité volontaire conservée, l'autre anormal, pathologique, le *relâchement des tissus péri-articulaires*. J'expliquerai plus loin, ce que je comprends par le mot « relâchement ».

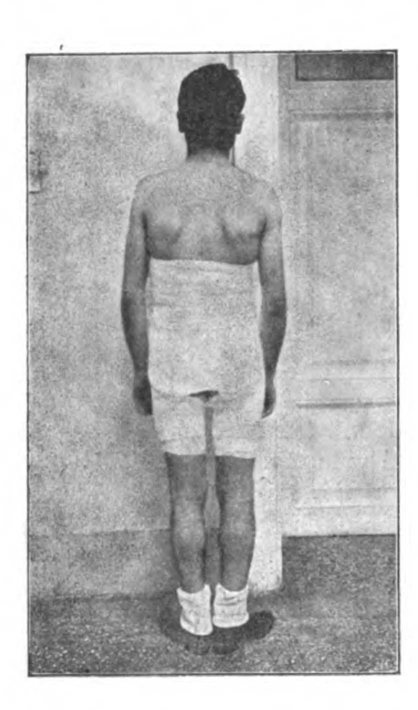
Il s'en suit que si ces phénomènes appartenant à deux mécanismes différents, coexistent chez le même malade — ce qui arrive le plus souvent ,avec des prédominences d'un côté ou de l'autre — on peut définir le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques, par une formule assez simple et qui nous paraît cependant complète. *La motilité volontaire, coexistant chez un tabétique, avec la perte du sens musculaire et la présence d'un relâchement péri-articulaire, s'accompagnera toujours de phénomènes ataxiques.*

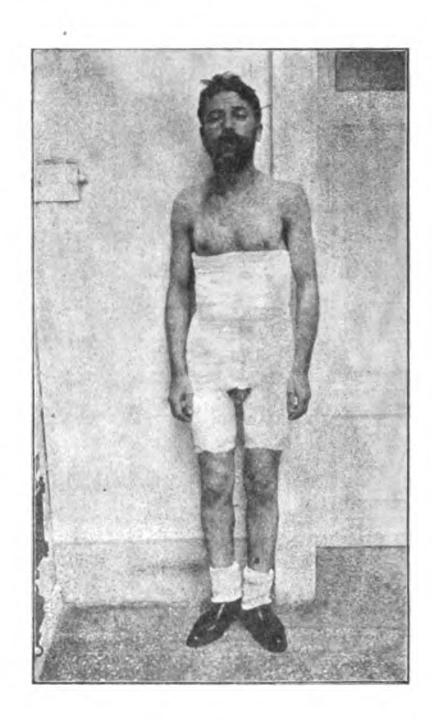
Par l'expression de « relâchement péri-articulaire » nous comprenons en première ligne l'hypotonie des muscles et secondement la perte de consistance et peut-être d'élasticité, des tissus fibreux péri-articulaires: capsules, ligaments, etc.

I

Voilà l'exemple d'un phénomène ataxique produit par la présence de la motilité volontaire et d'un relâchement péri-articulaire. Suppo-

sons le malade ataxique couché dans son lit, les membres inférieurs étendus, et disons-lui de soulever une des deux jambes en l'air, le genou en extension, et la tenir dans une position immobile, à un mètre au-dessus du lit, par exemple. On verra alors que si le malade arrive à soulever la jambe à cette hauteur, il ne pourra la maintenir dans une position fixe, car elle balancera à droite, ou à gauche, et enfin il se peut même qu'elle tombe, en dedans ou plus souvent en dehors, à moins que le malade, pour ne pas s'exposer à un accident, laisse rapidement, de lui-même, tomber la jambe.





Ce phénomène, qui d'ailleurs est bien connu, nous l'expliquerons par une absence de consistance et de force du tissu péri-articulaire, qui se trouvent normalement en bon état, autour de l'articulation coxo-fémorale correspondante. La jambe soulevée en l'air, peut se comparer, pensons-nous, à un levier qui serait soulevé par une extrémité, tandis que l'autre resterait par terre comme point d'appui. Prenons par exemple une barre de bois, dont l'une des extrémités est arrondie et glisse librement sur une surface polie, sur le parquet par exemple, tandis que, à l'autre extrémité est attachée une ficelle que nous tenons en main par l'autre bout. Soulevons la barre, en tirant cette ficelle, et cherchons à l'immobiliser à une hauteur d'un mètre. Nous voyons que nous ne le pouvons pas, car la barre oscille

à droite et à gauche, comme le membre ataxique de notre malade. Si nous voulons avoir l'immobilité, nous n'avons qu'à appuyer avec un de nos pieds, sur l'extrémité de la barre qui se trouve par terre: à partir de ce moment, notre barre restera immobile, à la hauteur indiquée. Appliquons les mêmes notions chez l'ataxique, et disons par conséquent que si la jambe oscille, c'est à cause de l'absence de fixité de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde de l'os iliaque. Cette absence de fixité tient ,pensons-nous, à l'hypotonie et au relâchement du tissu fibreux et élastique péri-articulaire. Comme preuve c'est, que chez le même malade, en soulevant passivement la jambe, nous pouvons l'approcher de la paroi abdominale, ce que nous ne pouvons pas faire chez l'homme normal; et nous pouvons de même l'écarter en dehors, jusqu'à faire un angle aigu avec la paroi latérale de l'abdomen, ce qui est encore impossible, normalement. Nous sommes partis de ce fait et d'autres analogues, pour chercher à remédier l'ataxie, c'est-à-dire les phénomènes ataxiques produits par le relâchement péri-articulaire, et surtout celui qui entoure les articulations coxo-fémorales, pour faire chez des pareils malades un bandage en spirale, comme on voit sur nos photographies. Le résultat nous a paru très satisfaisant et nous l'avons fait nous-même, à une vingtaine de tabétiques, toujours avec succès. Comme on le voit sur les photographies, le bandage a été fait avec des bandes en tarlatane *bien serrées* autour du corps, *moulées* même autour des fesses, après avoir enveloppé la peau du corps, avec une bonne couche d'ouate. Certes, un pareil bandage se relâche après deux ou trois jours, il faut le refaire, ou ce qui est plus commode, le remplacer par un bandage orthopédique, qui pourra être quitté le soir et remis le matin, ce que nous avons fait faire pour un de nos malades, qui a pu se permettre cette dépense. En dehors de celui-ci, notre bandage a été fait par nous, seulement chez les malades de l'hôpital.

Grâce à cet appareil, si le malade est couché au lit, il n'a plus d'oscillation dans ses jambes, quand il les soulève ou quand il veut avec un des talons toucher le genou opposé, etc. S'il se met debout, il se tient droit sur ses jambes, sans osciller, le corps n'est plus incliné en avant, et le malade a une sensation agréable, dit-il, de se sentir serré autour de la ceinture. S'il veut marcher, quoiqu'il se sente au début un peu cuirassé — si je puis m'exprimer ainsi — il est content quelques minutes après de voir qu'il peut marcher d'une manière très satisfaisante, sans jeter ses jambes, sans les balancer involontairement, en dedans ou en dehors, sans peur et sans angoisse.

Nous avons vu des malades, qui ne pouvaient faire que quelques pas dans leur chambre, et ceux-ci avec grande difficulté ,s'appuyant sur les objets qui les environnaient ou sur deux cannes, d'autres, obligés de venir en voiture à l'hôpital, partir dans la rue seuls, aus-

sitôt que nous leur avions appliqué notre appareil. Ils marchaient pendant trois quarts d'heure et même une heure, dans la rue sans se fatiguer, disaient-ils; montaient ou descendaient l'escalier sans sans s'appuyer sur la rampe, se servant pour tous ces mouvements d'une seule canne. Il est bien entendu que ce bandage n'exclut ni le traitement spécifique, ni le traitement général pour entretenir les forces musculaires du malade. D'autant plus que nous avons remarqué, chez les malades avec beaucoup d'hypotonie, que la fatigue musculaire arrive très vite. Demandons à un pareil malade de soulever la jambe, il nous semble alors que les muscles se contractent plus qu'il n'en faut, pour l'effort qu'on leur demande, et que rapidement le malade se fatigue et lâche souvent subitement la jambe pour tomber sur le lit. On remarque aussi, avant la chute, une vraie danse fibrillaire et fasciculaire de la masse musculaire. Cette fatigue arrive même rapidement, quand le malade est debout ou quand il marche, car il survient dans ces cas l'angoisse de ne pas tomber. Cette angoisse est d'autant plus grande quand le malade ataxique doit marcher sur une surface polie, comme par exemple sur un parquet qui n'est pas recouvert de tapis, au contraire, dans la rue, la marche est plus facile.

II

Je passe au second groupe de phénomènes ataxiques et ici encore je me contenterai seulement de quelques indications.

Pour déplacer un membre dans l'espace, soit le membre supérieur, soit le membre inférieur, il faut que l'homme ait conservé le sens musculaire, ou en son absence le sens de la vue et en l'absence de ce dernier, celui du toucher; autrement, du moment que le membre a quitté la position antérieure, il ne peut plus bouger, ou, dans tous les cas, ne pourra jamais toucher un point déterminé, même si dans sa conscience, le malade sait où se trouve ce point. Je m'explique.

Un de mes malades, très ataxique des membres supérieurs, qui avait perdu le sens des attitudes aux mains et aux coudes, des deux côtés, ne pouvait aller toucher son nez ayant les yeux fermés, et à un moment il s'était arrêté avec son doigt, à quelques centimètres au-dessus de son nez. Je lui en ai demandé la cause. Il m'a répondu : « Je ne peux pas, car quoique je sache où est mon nez, je ne sais pas où est mon doigt ».

Je lui mis alors son doigt sur le lobule de son oreille, en lui demandant d'aller directement — toujours avec les yeux fermés — par le chemin le plus court, vers le haut de son nez, *mais sans quitter la peau*. Le malade a exécuté parfaitement notre demande.

Je recommence l'expérience, en lui disant d'aller toucher son nez

partant du même point, *mais après avoir fait une volte en l'air avec son doigt*. Le malade, quittant l'oreille, n'a plus su que faire de son doigt.

Une autre expérience. Notre malade ataxique, paralysé au lit — surtout que son tabès était compliqué d'une monoplégie crurale droite suite d'une hémiplégie cérébrale — avait perdu le toucher sur tout le corps, sauf sur la tête, le cou et un peu au-dessous des clavicules. Je lui ai demandé, d'aller avec l'index de la main droite, appliqué sur son nez, toucher l'ombilic, en suivant la peau. Il partit en ligne droite, par le chemin le plus court, mais quand il arriva au-dessous des clavicules, dans la zone inscritible, il quitta la peau et ne put arriver à toucher son ombilic, etc.

Il s'en suit que pour exécuter les mouvements demandés plus haut, le malade avait besoin du sens musculaire et comme celui-ci manquait, du sens de la vue, et après la fermeture des yeux ,du sens du toucher. Par conséquent, je le répète encore, nous ne pouvons pas déplacer, et surtout diriger un membre dans l'espace, sans être averti à tout moment de la position dans laquelle se trouve notre membre.

Le signe de Romberg aux membres inférieurs, consistant en ce fait que le corps ou les membres oscillent beaucoup plus avec les yeux fermés qu'avec les yeux ouverts, s'explique aussi comme on l'a déjà dit, par la perte du sens musculaire. On comprend très bien que le membre qui oscille à cause du relâchement péri-articulaire, oscillera d'autant plus quand le malade aura les yeux fermés, car n'ayant plus le sens musculaire conservé, il ne sait plus, si la jambe oscille, et surtout dans quel sens elle oscille, pour pouvoir corriger ce déplacement involontaire.

Toujours à cause de l'ataxie des membres supérieurs et particulièrement à cause de la perte du sens musculaire aux deux mains, notre malade précédent, a perdu les mouvements unilatéraux des mains, cal il ferme et ouvre, involontairement, les deux mains à la fois, quand tient les yeux fermés et même quand il les tient ouverts, et dans ce dernier cas, surtout si les mouvements sont faits avec un peu d'effort.

Il a perdu aussi les mouvements isolés des doigts et il ne lui reste que les mouvements d'ensemble, c'est-à-dire il ne peut que fermer et ouvrir la main, comme fait un enfant nouveau-né. Il est bien entendu qu'il a perdu aussi les mouvements harmonisés des doigts, et nous allons citer quelques exemples.

Notre malade prend l'objet avec toute la main, avec tous les doigts à la fois, fléchis segments par segments; car il ne peut pas prendre un objet entre le pouce et l'index seulement, ou entre le pouce et les autres doigts, sans les fléchir, que seulement dans les articulations.

métacarpo-phalangiennes, laissant le reste de chaque doigt en extension. Au membre inférieur non paralysé, j'ai vu le même malade faire un seul mouvement simple, mais pas deux à la fois. Par exemple, il renversait, mais il ne pouvait pas fléchir le genou en même temps, ou étendait le genou mais ne pouvait pas tenir le pied renversé en même temps. On comprend très bien quel trouble profond produit cette absence des mouvements combinés pendant la marche.

Enfin, nous allons citer un autre trouble ataxique. Le malade ne peut pas couper une tranche de pain, par exemple, que par mouvements saccadés et brusques, car à cause de la perte du sens musculaire, il ne sent pas la force déployée à tout moment, pour pouvoir la modérer ou la diriger d'une manière continue et sans brusquerie.

***

Il me semble que le mot relâchement ne traduit pas complètement ma pensée, car je vois qu'il peut être pris dans un sens plus étroit qu'il n'en faudrait. Je préfère l'expression de *manque de fixation des extrémités osseuses dans leurs articulations*, quoique plus longue.

Cette absence de fixation si nécessaire pendant l'état dynamique, peut dépendre comme nous l'avons dit, d'un relâchement des tissus périarticulaires, muscles, capsule, ligaments, etc., mais il peut encore tenir à une autre cause. J'ai étudié dernièrement un malade tabétique *ataxique*, qui n'avait du côté des membres inférieurs ni de l'hypotonie, ni de perte du sens articulaire; ce qui ne l'empêchait pas d'être très ataxique pendant la marche et de balancer sa jambe en l'air, à droite ou à gauche, quand étant couché nous lui demandions de relever une de ses jambes. A quoi tenait alors, ce manque de fixation du membre inférieur à sa racine? Voici quel a été le fait constaté par nous, pour pouvoir expliquer ce phénomène. C'est, que toutes les fois que le malade relevait sa jambe, les muscles de la cuisse se contractaient immédiatement et rapidement, les uns après les autres; on aurait dit que les muscles de la cuisse étaient pris d'une danse désordonnée, d'une vraie chorée musculaire. Autrement dit, il manquait ici pendant l'exécution d'un mouvement, cette harmonie qu'on observe chez l'homme normal, où tous les muscles se contractent ensemble et continuellement pendant tout le temps que dure l'exécution d'un mouvement. Cette absence d'harmonie chez l'ataxique, doit probablement dépendre de la lésion des fibres sensitives, qui les empêche d'envoyer spontanément et continuellement les excitations périphériques inconscientes ,aux centres moteurs médullaires, et de là aux muscles correspondants. Depuis, j'ai observé ce phénomène de chorée musculaire chez d'autres tabétiques, mais seulement chez ceux qui présentaient aussi de l'ataxie.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 16 février 1911. — Présidence de M. Deny

(*Suite et fin*)

Un cas de délire à trois

MM. DUPRÉ et FOUQUE. — Le père, la mère et un fils de neuf ans 1/2 sont atteints de délire de persécution

Examinés tous trois à leur arrivée à l'Infirmerie spéciale, nos malades ont exprimé les mêmes idées, accusé les mêmes sensations, récité comme une leçon apprisé. Toutefois, on notait entre leurs dires quelques différences.

La femme, qui toute sa vie a été méfiante, querelleuse, difficile à vivre, est évidemment, le sujet actif, quoique plus débile.

Le mari, moins débile, mais de caractère passif, influençable et suggestible, se montre tout aussi affirmatif que sa femme; mais il offre peut-être moins d hallucinations. Il a résisté longtemps à la contagion et n'a cédé que dernièrement, sollicité sans doute par la misère.

L'enfant, naturellement craintif et suggestionnable a, dès le début, partagé les erreurs de la mère, qu'il a grossies et exagérées. Interrogé, il n'est pas très sûr de ce qu'il avance.

Au bout de trois semaines, comme c'était à prévoir, l'état de la femme T... ne s'est pas amélioré.

Par contre, T... et l'enfant ont renoncé à leur délire. Ils n'étaient que des délirants par reflet. T... reconnaît s'être trompé, il cherche des causes à ses erreurs. C'est la faute de sa femme qui est folle; à force d'entendre raconter les mêmes histoires, on finit par les croire, dit-il. Le petit reconnaît avoir voulu complaire à sa mère, ou la faire enrager.

C'est le sujet le plus intelligent qui a été, en l'espèce, le sujet passif : il a même prouvé son intelligence en systématisant et en coordinant le délire conçu par sa femme, en lui conférant une apparence pseudo-scientifique. La contagion délirante s'est exercée sur lui non pas à cause de la faiblesse de l'esprit, mais à cause de la faiblesse de la volonté; non pas par débilité morale, mais par suggestibilité. Le fait vient à l'appui des remarques déjà anciennes de M. Arnaud, sur le rôle du caractère dans la contagion du délire,

Ensuite, l'enfant a participé au délire collectif, non seulement par le mécanisme de l'exécution, comme l'un de nous l'avait déjà remarqué dans une précédente communication à notre Société sur un cas de délire familial, mais aussi et surtout par mythomanie vaniteuse et maligne; la tendance au mensonge et à la fabulation étant mise ici en jeu par le désir de de rendre intéressant et par la méchanceté.

Amnésie antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste

MM. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. -- Homme de 42 ans. Il oublie *immédiatement* tous les actes qu'il vient de faire, il serait fastidieux de citer de nombreux exemples.

De 1907 à 1908, dépression mélancolique; fin 1908, premier ictus amnésique passager, puis ictus amnésique dont l'amnésie persiste encore aujourd'hui.

Evolution de l'état mental. L'amnésie semble avoir regressé, elle ne porte

plus à peu près aujourd'hui que sur les faits assez récents et surtout ceux du dernier moment. En tout cas elle *n'a certainement pas progressé.*

Evolution des signes fonctionnels et somatiques, *aggravation manifeste* se traduisant par : crises de lumbago, signe de Romberg, abolition du réflexe achilléen droit. Production des signes oculaires capitaux, atrophie optique droite, névrite optique gauche, hémiatrophie de la langue. Symptômes en faveur de la nature syphilitique, lymphocytose, réaction de Nonne-Apelt, de Wassermann, caractère de la névrite optique.

Nous pensons pouvoir affirmer que nous sommes ici en présence d'un processus de syphilis cérébro-spinale avec lésions méningées. Ce fait résulte des constatations faites à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Un autre fait nous paraît non moins évident, c'est la participation des racines.

Nous avons assisté à ce processus : la disparition du réflexe achilléen, les phénomènes douloureux (lumbago) en sont la preuve.

Dans un autre territoire, la névrite optique, l'hémiatrophie de la langue traduisent le retentissement du même processus sur les nerfs des XI[e] et XII[e] paires du côté droit et des nerfs optiques.

Il ne nous semble pas téméraire de penser que nous assistons là peut-être à la phase initiale d'un syndrome tabétique.

Séance du 16 mars 1911. — Présidence de M. Deny

Dyskinésie professionnelle chez un facteur

MM. MAILLARD et LE MAUX. — L'acte qui a donné lieu à la dyskinésie, pour ne pas employer le terme impropre de crampe, entraîne un surmenage considérable des groupes musculaires atteints (deux mille mouvements d'opposition du pouce par quart d'heure en moyenne, pendant quatre et cinq heures chaque jour). On sait que ces dyskinésies professionnelles se produisent en général dans les métiers demandant de l'adresse, du tour de main, à l'occasion d'actes devenus automatiques par l'habitude et que la volonét ne peut que troubler si elle veut en commander tout le mécanisme. Il s'agit bien ici d'un travail qui demande une certaine adresse, car tous les employés des postes ne peuvent arriver à l'exécuter avec la rapidité exigée. Il existe entre ceux qui l'exécutent une émulation quant à la rapidité et, s'il n'y a pas là de fatigue, à proprement parler, intellectuelle, il y a tout au moins une tension d'esprit continuelle pour accomplir le travail aussi rapidement que possible. Au surmenage neuro-musculaire spécialisé s'ajoutent le surmenage général, les mauvaises conditions hygiéniques, l'insuffisance des heures de sommeil. Le malade présentait une constitution neuro-psychopathique, qui est devenue plus manifeste après le violent choc émotif qu'il a subi. Il y a eu surprise émotionnelle par l'annonce brutale de la mort de sa sœur, sans aucune préparation. C'est à la suite de cette émotion, des fatigues et des préoccupations qui ont suivi, que la dyskinésie s'est manifestée, dès qu'il a voulu reprendre le timbrage des bandes qu'il avait pu jusque-là accomplir normalement. Le terrain psycho-névropathique qu'il présente actuellement se caractérise par de petites phobies-obsessions, de l'émotivité avec légère dépression psychomotrice et, fait intéressant, de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui se traduit par des contractions idio-musculaires, provoquées très facilement et d'une façon égale

des deux côtés du corps. Nous n'avons trouvé chez notre malade aucune lésion organique périphérique, capable de jouer dans la production de la dyskinésie le rôle d'épine irritative, invoquée quelquefois.

M. G. BALLET. — On attribuait nagère ces spasmes à la fatigue d'un centre médullaire consécutif à la répétition trop longtemps prolongée dun ensemble de mouvements. Ce n'est là qu'une cause occasionnelle accessoire. Presque toujours, on constate chez les malades qui en sont atteints des tares névropatiques avérées.

M. BERNHEIM. — Dans ces sortes de crampes, il y a toujours un phénomène d'autosugges ion. Quand la crampe s'est produite une première fois plus ou moins accidentellement, la crainte reste toujours dans l'esprit du sujet, et cette crainte, par un mécanisme d'autosuggestion, reproduit l'accident initial; ce qui le prouve, c'est le succès du traitement par manœuvres suggestives; il convient dans ces cas de faire l'éducation suggestive du sujet, mais il faut que cette éducation se fasse par l'action, et non par suggestion passive; il faut que le médecin lui-même dirige le mouvement à rééduquer et réalise une thérapeutique suggestive en quelque sorte dynamogénique.

M. SOLLIER. — J'ai observé récemment une femme qui présente une crampe professionnelle intéressante à un double titre. Cette femme est fabricante de fleurs artificielles, et ce métier exige des mouvements spéciaux des deux bras. Or, la crampe affecte les deux bras, et cela en consitue le premier caractère à noter. Le second est qu'elle ne s'est pas développée à l'occasion de la fatigue provenant de l'exercice de sa profession, mais à la suite d'un état émotionnel, provoqué par un accident de chemin de fer où elle a failli être tuée ainsi que son mari qui a été blessé en plusieurs régions du corps, alors qu'elle-même avait des contusions et des ecchymoses multiples.

Paralysie générale infantile

MM. DUPRÉ et FOUQUE. — Depuis les premières publications de Régis, qui datent maintenant de près de trente ans, les observations de cas précoces de paralysie générale se sont tellement multipliés, que l'histoire de la forme *juvénile* de la maladie est actuellement classique. Les exemples de paralysie générale *infantile*, encore rares, présentent plus d'intérêt, à cause des occasions qu'ils fournissent d'étudier de plus près les relations de la paralysie générale avec la syphilis héréditaire ou très précoce, et l'influence de l'infection spécifique sur la nutrition et le développement de l'enfant.

Une particularité qui nous paraît très intéressante est l'existence, chez cet enfant, de réactions délirantes d'autoaccusation, d'hypocondrie, de négation et, accessoirement, de satisfaction, qui revêtent ici les caractères classiques des conceptions paralytiques : polymorphisme, mobilité, absurdité, incohérence, énormité, etc. Les idées de négation et de mort exprimées par cet enfant appartiennent vraiment à cette variété de délire hypocondriaque, dont Baillarger a montré la spécificité paralytique; elles confèrent un intérêt de premier ordre, dans notre cas particulier, à l'expression symptomatique de la paralysie générale infantile, dans le tableau clinique de laquelle on retrouve si rarement les délires de la forme adulte.

On peut faire également remarquer le caractère cérébelleux de la dysarthrie du petit malade, dont la parole, outre les accrocs et les hésitations classiques, présente une lenteur et une sorte de scansion qui rappellent quelque peu la dysarthrie de la sclérose en plaques.

L'évolution progressive et la gravité croissante des accidents psychiques et somatiques sont bien ici celles de la paralysie générale, et ne sont pas en rapport avec ces formes diffuses de syphilis méningo-cérébrale de l'enfance, que

peut parfois enrayer le traitement, et dont certains auteurs, notamment Toulouse et Marchand, ont bien montré le rôle et l'influence dans certaines variétés d'idiotie et de démence précoce.

Au point de vue anatomique, la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien traduit une intensité et une acuité de réaction méningée, que certains auteurs ont déjà signalées dans la paralysie générale infantile et juvénile.

M. MARCHAND. — J'ai suivi une petite malade qui est morte à l'âge de onze ans et demi et qui présentait les mêmes symptômes physiques et la même déchéance intellectuelle que le malade de MM. Dupré et Fouque. A l'autopsie, j'ai constaté les lésions classiques de la paralysie générale et je pense que, dans le cas actuel, c'est le diagnostic qui paraît s'imposer. Souvent, dans les cas de ce genre, on trouve des lésions cérébelleuses très profondes.

Il est admis que la paralysie générale infantile évolue sans délire; souvent ces malades sont pris pour des idiots ordinaires. Il est exceptionnel, et c'est ce qui ajoute encore à l'intérêt du cas de MM. Dupré et Fouque, de constater des idées délirantes chez de si jeunes sujets.

Lésions des neurofibrilles du cervelet chez les paralytiques généraux

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PITULESCU. — Nous avons examiné six cervelets de paralytiques généraux et avons constaté :

1° Chez les paralytiques généraux, les cellules de Purkinje du cervelet sont moins altérées que les cellules pyramidales géantes de l'écorce cérébrale.

2° A côté des cellules de Purkinje d'aspect normal ou presque sain, en existent dautres plus ou moins altérées.

3° Les lésions neurofibrillaires sont diffuses dans tout le cervelet, sans être uniformes; elles intéressent à des degrés différents et les diverses variétés de cellules et les différentes cellules d'une même variété.

4° Les cellules de petite taille, telles que les cellules de Golgi, sont plus profondément atteintes que les cellules de grande taille, telles que les cellules de Purkinje; constatation comparable à celle que nous avons faite dans l'écorce cérébrale, où nous avons trouvé les cellules polymorphes et les petites pyraplus malades que les grandes pyramidales et les pyramidales géantes.

5° Les fibrilles extra-cellulaires, et particulièrement les fibrilles des corbeilles, paraissent de richesse normale.

5° Outre l'aspect onduleux et parfois fragmenté de certaines fibres horizontales, la lésion la plus remarquable des fibres nerveuses des lamelles cérébelleuses est la déformation globuleuse homogène, qui s'observe surtout sur le cylindre-axe des cellules de Purkinje avant l'origine de ses collatérales, mais qui peut avoir une autre localisation, puisque nous en avons constaté de nombreux exemples, orientés en tous sens, dans la couche moléculaire.

Simulation présumée d'un délire de grandeur

M. DELMAS. — Le 16 novembre 1910, un jeune homme se présentait à un commissariat de police de Paris dans une tenue pittoresque : il portait une grande écharpe aux couleurs du Portugal, dont il disait que c'était l'ordre de Méllusine; il était botté, portait la main droite dans son gilet à la manière de Napoléon et affectait une attitude arrogante. Il disait être Charles-Frédéric de Rosambo, prince Napoléon, fils du marquis de Rosambo et de la princesse Bonaparte. Il prétendait, en vertu de ses droits au trône, vouloir faire un coup d'Etat. Il s'excitait au fur et à mesure qu'il parlait et il finit par présenter une crise d'excitation, au cours de laquelle il menaçait les agents d'un revolver chargé.

Sous l'uniforme de l'Asile, il conserve la même attitude arrogante et fière,

le même langage autoritaire; il rentre le bas de ses pantalons dans ses chaussettes à l'imitation de guêtres et épingle le col de son veston à l'imitation d'une vareuse d'officier; enfin, il conserve continuellement l'attitude classique de Napoléon : la main droite dans son gilet, la gauche derrière le dos.

Quant à son système délirant, il se résume en affirmations pures et simples en ce qui concerne sa nouvelle personnalité, en négations catégoriques pour tout son vrai passé et sa véritable identité, et en refus de répondre avec colère violente, dès qu'on le presse d'expliquer les contradictions et les obscurités de ses déclarations.

Négation pure et simple de tout ce qui se rapporte à sa vraie personnalité, sans aucune tentative d'explication d'ordre interprétatif, sans aucun phénomène hallucinatoire, sans stéréotypie autre que l'attitude décrite; affirmation d'une personnalité imaginaire avec contradictions nombreuses sur le lieu de sa naissance, sur les actes de sa vie imaginaire, etc., refus de répondre dès qu'il est serré de trop près et colère violente avec tentative de départ; tous ces caractères anormaux du délire, malgré la ténacité avec laquelle H... reste dans son rôle, nous ont fait rechercher s'il n'avait pas un intérêt à simuler et voici ce que nous a appris une correspondance échangée avec sa sœur :

H... est né à Laniscat, canton de Gouarec (Côtes-du-Nord), en 1889. Il a donc actuellement vingt et un ans. Il aurait toujours été sournois. A l'école jusqu'à quatorze ans, il aurait, à sa sortie de l'école, appris le métier de pâtissier et aurait travaillé jusqu'en avril 1910 tout en changeant souvent de place. En avril 1910, devenu majeur, il toucha de son tuteur l'héritage qui lui vient de ses parents, 2,200 francs, et depuis ce temps, n'aurait pas beaucoup travaillé. Au mois d'octobre suivant, appelé sous les drapeaux, il quitte son village à destination de Brest où il doit faire son service militaire. Mais au lieu d'arriver jusqu'à Brest, il s'arrête à Lorient, où il se signale par ses excentricités, comme en témoigne un article d'un journal local l'*Ouest-Eclair*. Sa sœur ajoute : *il ne voulait pas aller au service, il avait peur à ça.*

Nous n'oserions pas affirmer que H... est certainement un simulateur, mais nous admettrions volontiers qu'il est, pour une partie du moins de son roman, de mauvaise foi, et cela volontairement et dans un but intéressé.

M. DUPRÉ. — Je tendrais à admettre, en l'espèce, une variété de mythomanie délirante, dans laquelle, par l'association et le renforcement réciproque des éléments de sincérité et de mensonge, le délire imaginatif et la simulation intentionnelle se combinent pour aboutir à la création d'un roman et à la persistance d'une attitude, dont le malade est à la fois l'auteur et la dupe, le héros et la victime. Ce sont ces cas, mélanges déconcertants de crédulité et de duplicité, dont il est si difficile d'analyser et de fixer la psychologie : car celle-ci apparaît comme incompréhensible à beaucoup d'esprits, qui répugnent à admettre la collaboration, dans un même système morbide, de tendances en apparence si opposées : la naïveté sincère d'un côté, et la simulation manifeste de l'autre. L'observation des mythomanes nous démontre tous les jours l'association fréquente et indissoluble de ces deux produits de la suggestibilité et de l'activité imaginative.

Au point de vue pratique, je crois fermement à la persistance prolongée du délire et de l'attitude du malade, même si on le livrait à l'autorité militaire. Le sujet me semble d'ailleurs presque stéréotypé dans son allure, sa tenue, ses gestes et son langage, et cette fixité monotone, cette pauvreté relative, cette uniformité dans les manifestations délirantes me paraissent plaider en faveur de la nature morbide du syndrome, plutôt qu'en faveur de la simulation, plus fertile en manifestations variées, discordantes et outrancières. Quoi qu'il en soit, la suite de l'évolution offrira le plus grand intérêt, au double point de vue de la nature et du pronostic de l'état psychopathique présent.

M. Henry MEIGE. — Si, en raison de la situation où se trouve ce malade

vis-à-vis de l'autorité militaire, il y a de très bonnes raisons pour supposer qu'il s'agit d'un simulateur, je crois cependant que certains de ses gestes ou de ses attitudes peuvent être difficilement rattachés à la seule simulation. D'abord, comme le fait remarquer M. Dupré, ces gestes et ces attitudes se reproduisent, toujours les mêmes, avec l'exactitude des stéréotypies. Leur répétition automatique, brusque, intempestive, est déjà digne de remarque. En outre, dans cette série de gestes ou d'attitudes, s'il en est qui se rattachent certainement à la préoccupation, intéressée ou non, d'imiter les postures napoléoniennes, d'autres n'ont aucun rapport avec cette idée et offrent tous les caractères objectifs des stéréotypies, telles qu'on les observe en clinique. On ne peut guère considérer comme des produits de la simulation ces manifestations motrices, aberrantes, inopportunes, sans relation avec le thème délirant ou le but poursuivi.

M. G. BALLET. — J'ai présenté H..., dans une de mes leçons, comme un simulateur, et je reste convaincu qu'il est, pour une très grande part au moins, un simulateur. Cependant, et je le disais ce matin encore à M. Delmas, je crois qu'il faut faire quelques réserves, et que non seulement H..., comme presque tous les simulateurs, est un débile plus ou moins déséquilibré, mais qu'il peut y avoir chez lui de la fabulation, de nature mythomaniaque. Quant aux stéréotypies, leur persistance ne me paraît pas un argument décisif contre la simulation. On a vu des simulateurs, comme dans un cas rapporté par M. Magnan, persévérer avec une ténacité surprenante dans leurs attitudes.

M. VALLON. — Je ne dirai pas que ce malade ne soit pas un simulateur, je n'en sais rien. Mais les arguments que donne M. Delmas en faveur de la simulation ne me paraissent pas convaincants. Je crois en particulier qu'un mégalomane vrai peut très bien nier connaître tout ce qui a rapport à son passé ou à sa famille. D'autre part, il y a chez H... des attitudes d'apparence stéréotypes qui doivent imposer des réserves.

M. DELMAS. — Au point de vue des stéréotypies, c'est accidentellement que H... a pu au cours de cette présentation répéter un geste stéréotypé, car, en dehors de l'attitude napoléonienne, dans laquelle le malade se tient avec une fixité remarquable, il n'en a pas présenté depuis trois mois que nous l'observons.

D'autre part, H... ne se comporte pas, à l'égard de son passé, comme un mégalomane ancien qui explique, transforme ou interprète son passé. D'emblée, H... a nié non pas la légitimité de sa situation antérieure, mais cette situation même, et cela avec des négations et des affirmations absurdes, des contradictions maladroites et involontaires, des refus d'explications embarrassés et des tentatives continuelles pour se dérober qui n'ont rien de l'aspect clinique habituel d'un vrai délire, surtout d'un délire éclos depuis quelques semaines.

De la psychothérapie dans les psychoses

M. BERNHEIM. — Les psychoses diverses, et j'ajoute aussi la neurasthénie et la psycho-neurasthénie, sont des évolutions organiques ou toxiques, affectant le cerveau psychique, et bien que certains symptômes puissent être améliorés, ces évolutions ne sont pas enrayées, ni raccourcies par la psychothérapie.

Des troubles fonctionnels, pareils à ceux créés par ces maladies, tels que l'anxiété, la dépression morale, les phobies, les hallucinations, etc., peuvent exister, sans lésion, ni toxine; ce sont alors de simples représentations mentales d'origine émotive, qui peuvent être entretenues ou se reproduire par autosuggestion; elles sont justiciables de la psychothérapie; ce sont des psychonévroses qu'il faut bien différencier d'avec les vraies psychoses, qu'il faut différencier aussi d'avec les neurasthénies.

La psychothérapie, je le répète, s'adresse aux psycho-névroses; elle ne s'adresse ni aux psychoses, ni à la neurasthénie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hypertrichose dans la paralysie spinale infantile

par le Dr Ch. Mirallié (de Nantes)

Communication faite au XXme Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

L'hypertrichose, au cours de la paralysie infantile, sans être exceptionnellement rare, n'est pas cependant d'observation courante. Chez un malade de notre service des maladies nerveuses de l'Hospice général Saint-Jacques, cette hypertrichose est particulirement intéressante par son étendue et par sa superposition aux phénomènes paralytiques et atrophiques.

D..., aujourd'hui âgé de 37 ans, est entré dans notre service le 9 mai 1904.

Son père est mort à 69 ans, à l'asile d'aliénés (manie chronique) en 1905; sa mère est vivante et bien portante; un frère est mort du croup; deux sœurs sont vivantes et bien portantes.

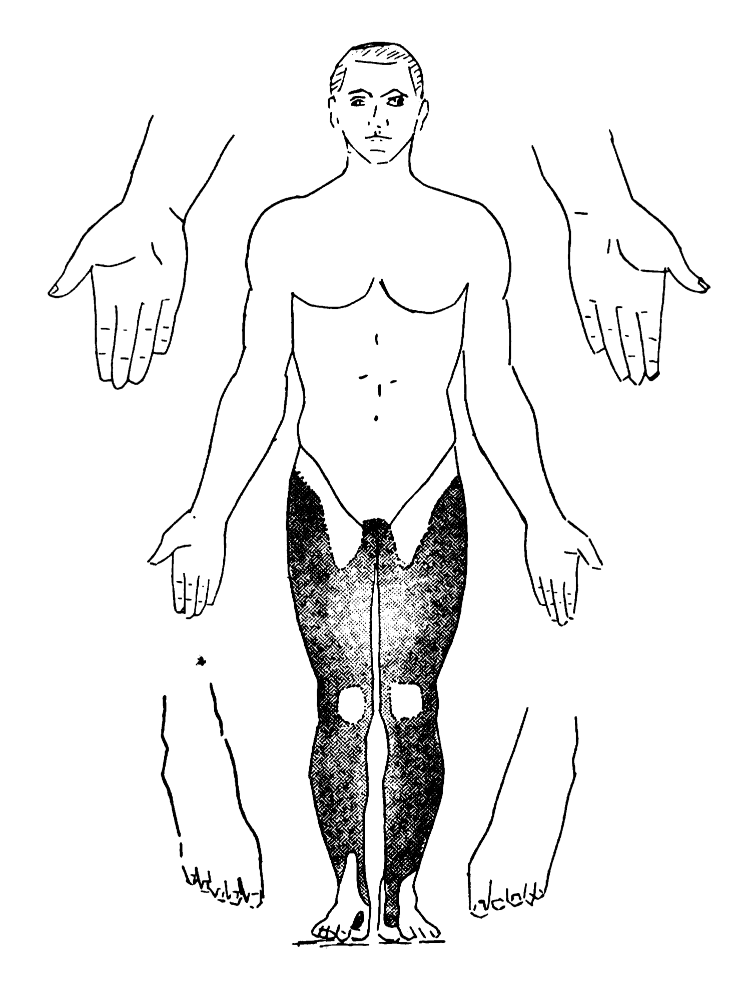
D... a commencé à marcher à 10 mois et à parler à 15 mois. A 19 mois, alors que la veille l'enfant n'avait rien présenté d'anormal, on le trouva dans son lit un matin complètement paralysé des membres inférieurs et des muscles du tronc; il aurait même été à ce moment incapable de parler; il ne pouvait bouger les membres inférieurs ni se tenir assis dans son lit. Un mois après environ, il recommençait à parler et pouvait se tenir assis dans le lit, mais jamais depuis il n'a pu marcher normalement. Les membres supérieurs n'auraient jamais été pris.

Le pied gauche est aplati, déformé; le gros orteil a des dimensions normales, les autres orteils sont atrophiés et déformés; le pied repose sur le plan du lit par un bord externe et fait avec la jambe un angle de 145° environ; il est donc en varus équin. La jambe est fléchie sur la cuisse et repose sur le lit par la face externe, ainsi que le genou et la cuisse qui est en abduction et rotation externe. L'examen du genou gauche montre qu'il y a luxation incomplète en dehors du tibia sur les condyles du fémur.

Le pied droit n'est pas déformé; il s'appuie sur le lit par le talon et forme avec le pied un angle de 120°; la jambe est fléchie sur la cuisse et placée comme elle en abduction. Les membres inférieurs délimitent ainsi un losange dont la petite base est formée par une ligne allant d'un genou à l'autre, et dont le plus grand axe va du périnée aux talons.

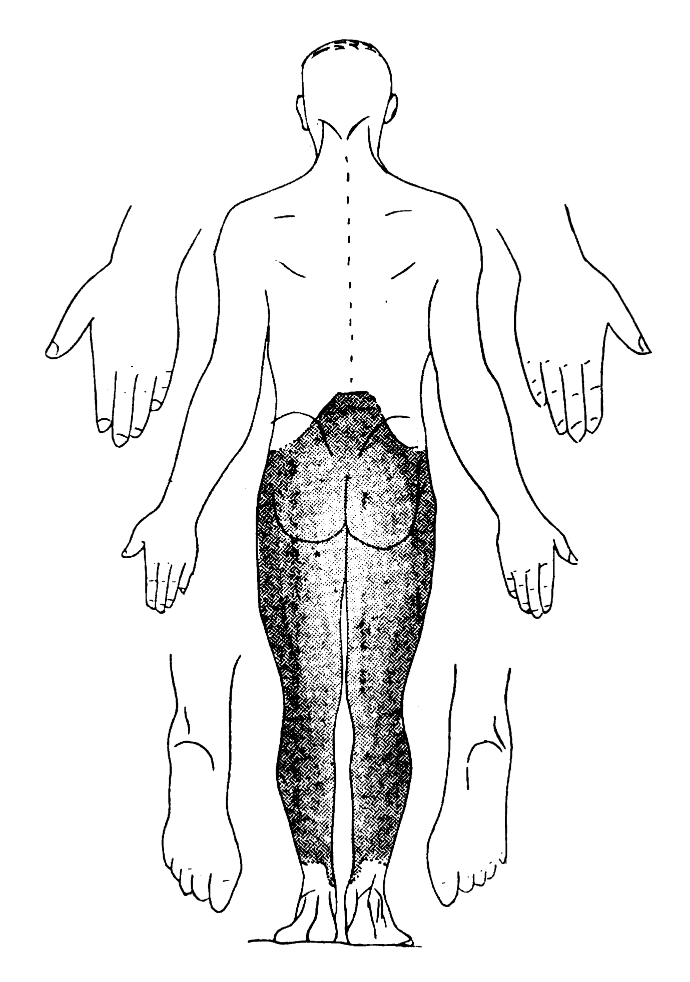
Le membre inférieur gauche a subi un arrêt de développement très marqué; ses muscles sont mous et flasques. Il a perdu complètement

toute motilité et reste complètement immobile, malgré tous les efforts du malade. Une couche adipeuse épaisse masque au mollet et à la cuisse l'atrophie des muscles. Les mensurations donnent en longueur : pied 18 cent., tibia 31 cent., fémur 36 cent. ; la circonférence maxima est au pied de 22 cent., 27 cent. au mollet et 30 cent. à la cuisse.



Au membre inférieur droit l'arrêt de développement est moins accentué ; les muscles conservent un certain degré de tonicité ; le mollet semble plus petit que celui du côté opposé, mais il n'y a là qu'une apparence tenant à ce que à droite la couche adipeuse est beaucoup moins développée. Le pied mesure 20 centimètres de longueur, le tibia 33, et le fémur 39. La circonférence du pied est de 22 centimètres, celle du mollet 26 cent., et celle de la cuisse de 32 centimètres. La motilité volontaire est beaucoup mieux conservée sur le membre inférieur droit, mais tous les mouvements obtenus se font sans force. Le malade peut fléchir et étendre les orteils, fléchir et allonger le pied ; la jambe peut être

fléchie volontairement sur la cuisse, mais l'extension est plus difficile, presque impossible, et très limitée par suite de rétractions fibro-tendineuses, qui empêchent d'arriver passivement à l'extension complète. D... peut fléchir la cuisse sur le bassin, mais le mouvement d'extension est impossible. Le malade ne peut non plus soulever le membre en totalité et détacher le talon du plan du lit.



Passivement, et des deux côtés, les divers segments des membres inférieurs sont facilement mobilisables; mais des rétractions tendineuses s'opposent à ce que les mouvements d'extension et de flexion se fassent avec leur amplitude normale. Dans leur position ordinaire, les jambes forment avec la cuisse un angle de 70° à droite et de 80° à gauche; dans l'extension maxima on arrive à 96° à droite et à 116° à gauche. Les fléchisseurs de la cuisse et de la jambe du côté droit ont une certaine force de résistance; mais la résistance des extenseurs de la jambe est complètement nulle.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés; parfois on observe à droite une très légère contraction dans le quadriceps fémoral, mais insuffisante pour soulever la jambe; le réflexe achilléen est aboli; existe, mais diminué à droite. Le chatouillement de la plante du pied ne produit aucun mouvement à gauche; à droite il y a un mouvement de défense, de retrait en masse du membre nettement esquissé. Pas de Babinski. Les réflexes cutanés abdominaux sont normaux.

P de troubles des sphincters.

Pas de trouble subjectif ni objectif sous aucun mode de la sensibilité.

Le malade est incapable de se servir de ses membres inférieurs pour marcher. Il s'avance appuyé sur deux béquilles, les jambes ballantes comme deux pendules et ne touchant jamais le sol.

Les membres supérieurs, la face et le tronc sont absolument normaux comme développement. Les masses musculaires sont bien développées et ne présentent aucune différence avec celles d'un adulte normal. Les réflexes radiaux et olécraniens sont normaux.

En résumé, il s'agit, chez ce malade, d'une paraplégie spinale infantile des membres inférieurs avec arrêt de développement frappant avec prédominance le membre inférieur gauche.

C'est sur les membres inférieurs que se manifeste l'hypertrichose sur laquelle nous désirons appeler l'attention. Tandis que les cheveux, la barbe, sont normalement fournis; tandis que les bras et le tronc sont complètement glabres ou recouverts à peine d'un léger duvet, la partie inférieure du corps est recouverte d'une véritable forêt de poils; brusquement à la hauteur des lombes en arrière, à la partie supérieure des cuisses en avant commence l'hypertrichose. Elle se continue sur les cuisses et les jambes et ne laisse découverte qu'une très légère surface de la partie inférieure des membres.

La limite supérieure, identique des deux côtés, commence en arrière, au niveau de l'épine dorsale, un peu au-dessus d'une ligne qui réunirait les deux crêtes iliaques, sensiblement au niveau de la 4e vertèbre lombaire. Après un court trajet transversal, elle descend obliquement en bas et en dehors, passe entre le crête iliaque et le grand trochanter, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de ce dernier, contourne la face externe du membre et descend sur la face antérieure de la cuisse en formant avec l'arcade de Fallope un angle de plus en plus ouvert. Elle aboutit enfin à un point situé à l'union du tiers supérieurs et du tiers moyen de la face antérieure de la cuisse; puis la ligne remonte vers l'épine du pubis, franchit l'arcade crurale, et, après un court trajet transversal, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis, elle rejoint la ligne venue symétriquement du côté opposé. En somme, en arrière, l'hypertrichose est limitée par un V ouvert en bas et dont le sommet est à la 4e vertèbre lombaire; en avant, elle respecte le triangle de Scarpa.

La limite inférieure n'est pas exactement la même pour les deux membres. A gauche, elle commence sur une ligne correspondant à l'articulation tibio-tarsinnne, puis se dirige en dehors, franchit la malléole externe à 8 centimètres de son sommet, contourne le tendont d'Achille au même niveau et forme une pointe descendant en arrière de la malléole interne.

Elle remonte alors, traverse la malléole et suit le bord interne du pied jusqu'à la base de la première phalange du gros orteil. Pendant un court trajet, elle devient transversale et regagne le point de départ en suivant une ligne coïncidant sensiblement avec l'axe du deuxième orteil.

A droite, le point de départ est situé plus haut. La ligne commence sur la crête tibiale à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, puis elle descend obliquement en dehors, suivant une ligne courbe concave en dedans, vers la partie antérieure de la malléole externe. Elle contourne le tendon d'achille, descend en arrière de la malléole interne comme du côté gauche, franchit cette dernière et remonte un peu en dehors de la crête du tibia sur la face antérieure de la jambe. De plus, une légère bande recouvre la face dorsale du pied depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la crête du gros orteil.

La partie du corps située entre ces deux lignes est complètement recouverte de poils, sauf la région de la rotule et du grand trochanter des deux côtés. Les poils sont longs de 2 centimètres environ, fins et soyeux, blonds, tandis que les cheveux, la barbe et les poils des aisselles sont plus gros, plus durs et d'un noir foncé.

En résumé, cette hypertrichose, nettement symétrique des deux côtés, est limitée en haut par une ligne partant de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire, descendant obliquement en bas et en dehors entre la crête iliaque et le grand trochanter, suivant la limite du triangle de Scarpa qui reste complètement glabre et remontant le long du bord interne de ce triangle jusqu'au dessus du pubis; en bas, par une ligne s'arrêtant à la hauteur de l'articulation tibio-tarsienne, mais poussant des deux côtés, surtout à droite, une pointe sur le premier métacarpien.

Cette topographie est nettement radiculaire. Si nous examinons la limite supérieure de l'hypertrichose, nous voyons qu'elle respecte le territoire de la troisième racine lombaire (schéma de Thornburn) pour s'étendre sur le territoire des racines sous-jacentes; en particulier, la surface du triangle de Scarpa est nettement respectée des deux côtés.

Nous voyons ainsi que l'hypertrichose se limite franchement aux territoires frappés par la paralysie. L'hypertrophie du système pileux est aussi accentué d'un côté que de l'autre, alors que la paralysie et l'atrophie musculaire sont nettement plus accentués sur le membre inférieur gauche. Cependant, sur le membre inférieur droit, le moins paralysé, l'hypertrichose s'arrête un peu plus haut qu'à gauche.

Troubles nerveux d'origine médullaire à la suite des traumatismes des extrémités

par le D[r] BIENFAIT (de Liége)

Communication faite au XX[me] Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

---

Un radiographe de Hambourg, le D[r] Sudeck, a appelé l'attention sur une forme d'atrophie osseuse survenant d'une façon aiguë à la suite de lésions articulaires, qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une inflammation.

C'est en 1900 qu'il a publié la première observation de ce genre. Il s'agissait, en l'espèce, d'une affection localisée au poignet et qui, en dix semaines, avait produit une décalcification très nette des os du carpe.

La radiographie, pratiquée avec une bonne technique, c'est-à-dire en réalisant l'immobilité complète de l'article et en employant des tubes donnant un fort contraste, la radiographie montra que les os étaient devenus extraordinairement perméables aux radiations. Dans le cas en question, ce n'était pas seulement les os du poignet qui se trouvaient affectés, mais aussi les métacarpiens qui étaient cependant absolument étrangers au processus morbide voisin. La différence d'aspect avec les os restés sains était évidente et outre la pâleur de ces os on distinguait des altérations de la texture osseuse consistant en ce que les mailles de ce tissu étaient plus larges et leurs travées plus minces.

Cette raréfaction osseuse fut bientôt retrouvée par divers observateurs et actuellement elle est bien connue de tous les radiographes.

Ce que Sudeck avait démontré pour le tissu osseux, un français, Valtat, l'avait, quelques années auparavant, démontré pour le tissu musculaire: certainement de tout temps on avait remarqué l'impotence qui suit les traumatismes articulaires et la diminution de volume des membres atteints, mais la possibilité d'une atrophie musculaire subite se produisant en quelques jours était bien faite pour provoquer l'étonnement.

Voici, à ce propos, quelques passages de la première observation de Valtat:

Arthrite traumatique du genou. Paralysie complète et atrophie passagère du triceps correspondant. — Un palefrenier reçoit un coup de pied de cheval à la partie interne du genou droit. Le lendemain le genou est le siège d'une tuméfaction notable, la rotule est soulevée par un épanchement abondant et le cul-de-sac sous-tricipital fait une saillie au niveau

de laquelle on perçoit de la fluctuation. La peau n'a subi aucune modification et la pression, qui la veille, était très douloureuse, est mieux supportée. Les mouvements sont encore très pénibles et s'accompagnent de froissements abondants. La cuisse présente à sa partie inférieure une augmentation de volume assez marquée; elle est empâtée et semble continuer la tuméfaction du genou. Au dessous de ce point, elle reprend ses dimensions normales et semble même un peu amincie, bien qu'à la mensuration on ne constate pas encore de diminution sensible. Mais elle est aplatie, étalée et les muscles relâchés et remarquablement flasques ne font plus aucun relief sous la peau.

Le triceps crural qui paraît surtout atteint, est le siège d'une *paralysie complète,* et quels que soient les efforts du malade, il ne peut arriver à faire simplement durcir le muscle. Il en est de même lorsque la jambe étant fléchie, on lui commande de l'étendre; il accuse de lui-même une impuissance absolue de la cuisse et il dit *expressément que ce n'est pas la douleur qui l'empêche d'accomplir le mouvement.* Cinq jours plus tard, la tuméfaction du genou a beaucoup diminué, l'épanchement est en grande partie résorbé et les douleurs ont à peu près disparu. Malgré cela, l'impuissance du triceps persiste au même degré et le malade ne peut arriver à détacher son membre du plan du lit. La cuisse présente une atrophie évidente, la différence des circonférences est de un centimètre au profit du côté sain. La circonférence des jambes est restée la même.

Cette observation nous montre un cas de paralysie avec atrophie nette se montrant en quelques jours. Un fait digne de remarque, c'est que la douleur à laquelle on serait tenté d'attribuer une grande importance au point de vue de l'apparition de cette paralysie ne joue ici qu'un rôle absolument secondaire: ce n'est pas la douleur qui empêche les mouvements de se produire.

Le blessé de Valtat n'a pas présenté d'autres symptômes et il a guéri en peu de temps. Il n'en est pas toujours ainsi: après des traumatismes même relativement légers, tels que de simples contusions articulaires, on observe souvent un état complexe consistant en une parésie accompagnée d'amyotrophie s'étendant à différents muscles, de la douleur, soit continue, soit plus souvent à l'état latent et apparaissant lors de mouvements actifs ou passifs et d'autres troubles nerveux dont nous reparlerons et qui contituent un véritable syndrôme médullaire.

Les observations des malades ne diffèrent les unes des autres que par la combinaison des symptômes et la prédominance de l'un d'eux.

Certains de ces cas sont très graves: au lieu de s'améliorer, l'état du blessé reste stationnaire, il s'aggrave même, non que le mal soit forcément progressif, mais parce que certains organismes semblent offrir un terrain propice à ce genre d'affections; de plus, l'immobilité prolongée, les inquiétudes morales, et parfois la lenteur de la procédure quand il s'agit d'accidents du travail, viennent compliquer la situation. Voici, à titre d'exemple, quelques observations personnelles résumées:

Contusion de l'avant-bras, parésie, altération de la sensibilité, hyperhydrose. — L'ouvrière G. C., âgée de 45 ans, reçoit à l'usine un choc violent contre le bord d'un bac métallique; le traumatisme a lieu à 4 centimètres en dessous de l'olécrane à l'avant-bras droit. Il en résulte une contusion avec ecchymose sans fracture ni luxation. Après neuf semaines de traitement par des pansements humides, des bains, du massage et même l'application d'un vésicatoire, cette ouvrière rentre à l'usine où elle effectue pendant trois mois un travail léger. Le soir le bras était gonflé et douloureux, la nuit apportait une sédation, mais au bout de trois mois l'état s'était notablement aggravé, le travail s'effectuait de la main gauche, et la malade ne pouvait se servir utilement de la main droite même pour les soins du ménage.

A ce moment je suis appelé à l'examiner. Je constate que tous les muscles de l'avant-bras droit sont douloureux, la parésie est très considérable, le dynamomètre serré à la main droite donne 6, à la main gauche 55.

Le bras étant gonflé, il est difficile de se prononcer sur le degré de l'atrophie qui paraît peu intense.

Il n'y a pas de réaction de dégénération, pas d'atrophie osseuse.

Il y a une insensibilité considérable à l'avant-bras et à la main pour les sensations tactiles, thermiques et douloureuses, un fort pincement est perçu comme une sensation tactile et non douloureuse.

L'avant-bras droit est froid comparé à l'avant-bras gauche. Réflexes profonds peu marqués. Il existe une sudation à peu près permanente dans la paume de la main.

Cette ouvrière a dû abandonner définitivement le travail.

Fracture du poignet, atrophie musculaire légère, parésie, hyperhydrose. — M. F..., ménagère, âgée de 51 ans, se fait, en tombant, une fracture de la partie inférieure du radius droit. Le bras est immobilisé pendant quatre semaines. A ce moment on retire l'appareil et on constate que la fracture est bien consolidée.

Un mois après, elle revient nous consulter, parce qu'elle ne peut se servir de sa main, effectivement la flexion des doigts ne se fait que sur la première phalange mue par les interosseux, la seconde phalange, activée par les fléchisseurs superficiels, est moins mobile et la phalangette est à peu près immobile pour tous les doigts.

L'adduction du pouce laisse aussi à désirer.

La force musculaire est très faible, l'avant-bras droit présente à sa circonférence environ 7 millimètres de moins que l'avant-bras gauche. La sensibilité est normale, les réflexes sont peu marqués.

La paume de la main se couvre très facilement de sueur quand on cherche à fléchir les phalanges, les plis cutanés du dos des articulations des phalanges sont presque disparus.

Les réflexes sont normaux.

La guérison complète s'est effectuée en quelques semaines.

Fracture du radius, paralysie complète, pseudarthrose, atrophie osseuse, atrophie musculaire, diminution de la sensibilité. — R..., âgé

de 55 ans, a été atteint d'une lourde pierre qui lui a fracturé le radius droit au milieu de l'avant-bras. Six mois plus tard, je constate une pseudarthrose par laquelle on a essayé sans résultat la suture osseuse. La force musculaire est véritablement nulle dans les doigts qui se meuvent à peine, cependant il n'y a pas de raideur. Le bras et l'épaule sont parésiés à un haut degré.

Il y a un peu d'atrophie musculaire de l'avant-bras (un demi-centimètre en moins à la circonférence) et également à la main qui, mesurée au niveau de la paume, donne un centimètre entier en moins à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de renversement de la formule électrique.

Il y a depuis les doigts jusqu'à l'épaule une diminution de la sensibilité tactile et douloureuse, la sensibilité au froid et au chaud est diminuée, mais dans une moindre mesure.

Le blessé se plaint de douleurs modérées dans l'avant-bras. Il y a un certain degré d'atrophie osseuse des fragments.

Cette atrophie explique bien pourquoi la soudure des os n'a pu se faire.

Cet homme a dû abandonner complètement le travail.

Contusion du poignet, paralysie, insensibilité, atrophie de tous les tissus, hyperhydrose. — Une jeune fille, employée dans une blanchisserie, a été victime de l'accident suivant : sa main a suivi le linge entre deux rouleaux compresseurs chauffés à environ 100°. Il en est résulté une contusion et une brûlure assez étendue quoique superficielle au 2e et même au 3e degré. Les suites de cet accident paraissaient devoir être bénignes, mais lorsque la cicatrisation fut achevée, on constata une impotence fonctionnelle complète. En même temps cette personne se plaignait de troubles généraux, inappétence, insomnie, défaut de fixité des idées.

La main a la peau fine et luisante, elle est cyanosée et froide. Nous constatons une diminution de volume : la circonférence au niveau de la paume de la main mesure un demi-centimètre de moins que du côté gauche. L'avant-bras a perdu un centimètre à la circonférence. Les doigts sont effilés et raides, les plis articulaires ont complètement disparu, la personne ne peut ni fléchir ni étendre les doigts et le poignet. Comme autre particularité, nous observons une augmentation très considérable de la sécrétion sudorale, aux doigts et à la main, on sent la sueur perler et s'écouler en petites gouttes à certains moments. Nous constatons aussi des troubles de sensibilité ; il y a anesthésie presque complète au toucher, à la douleur, au chaud et au froid depuis le bout des doigts jusqu'au milieu de l'avant-bras. A l'extrémité des doigts, la sensibilité est simplement obtuse, la malade ne différencie pas la pointe de la tête d'une aiguille.

Il n'y a pas de douleurs spontanées, mais une sensation de fatigue et de la paresthésie dans l'épaule et dans le bras droit : la douleur survient et devient rapidement intolérable si on essaye, même sans effort, de fléchir les doigts ou le poignet.

Les muscles de l'avant-bras et de la main sont atrophiés, ils ne présentent pas la réaction de dégénérescence.

Les épiphyses des métacarpiens de la 1re phalange et les os du carpe

sont en grande partie décalcifiés ainsi que la radiographie le montre à l'évidence.

Cette ouvrière ne pourra jamais reprendre le travail.

Comment peut-on comprendre l'origine de ces troubles qui parfois se montrent d'une façon très aiguë, d'autres fois atteignent une intensité déconcertante et qui d'après notre expérience existent à quelque degré dans la très grande majorité des traumatismes atteignant les extrémités osseuses.

Diverses opinions se sont fait jour dont la plupart ne résistent pas à la critique: telle est l'explication qui voit la cause de l'atrophie dans une inflammation se propageant de l'articulation aux muscles voisins: or, dans les fractures, il n'y a pas d'inflammation et cependant l'atrophie rapide se produit et comment comprendre que ce sont habituellement les extenseurs qui sont atteints: les fessiers, les deltoïdes, les biceps plutôt que d'autres.

L'explication la plus simple, celle de l'atrophie par inactivité fonctionnelle est plus séduisante; elle est cependant absolument insuffisante; en effet, il est d'observation courante que le long repos au lit des typhisés, de certains tuberculeux, des grands dyspeptiques provoque de l'amaigrissement et une diminution de la tonicité générale mais non pas de la paralysie ni de l'atrophie élective, la force musculaire étant ce qu'elle peut être si on tient compte de l'affaiblissement général. On a supposé dans de tels cas, l'existence d'une névrite ascendante ayant son point de départ dans la région lésée, montant le long du tronc nerveux atteignant les branches collatérales et la moelle elle-même et ainsi on se figure bien la gravité de certaines de ces affections et leur étendue, mais alors on devrait d'abord observer des troubles localisés au début dans le territoire d'un seul nerf, le tronc de ce nerf devrait devenir douloureux et volumineux. Ainsi que Babinski le fait remarquer, il doit s'agir de troubles purement dynamiques car les muscles et les nerfs conservent leur texture normale et il n' y a pas réaction de dégénération.

On en arrive à se demander tout naturellement s'il ne s'agit pas d'une action réflexe. Cette pathogénie déjà proposée par Charcot et appuyée par Vulpian et d'autres est la plus rationnelle. Des expériences précises en établissent d'ailleurs le bien fondé. Valtat a provoqué l'atrophie rapide, se produisant en quelques jours, par la simple injection d'essence de moutarde dans une articulation. Le professeur Raymond et son élève Deroche ont repris ces expériences; ils ont injecté soit de l'essence de térébenthine, soit du nitrate d'argent, mais ils en ont en outre poussé leurs recherches plus loin: ils ont prouvé que l'atrophie exigeait pour se produire l'intégrité des racines sensibles médullaires, il s'agit donc bien en l'occurence d'un phénomène réflexe. De quelle façon un réflexe peut-il provoquer les troubles observés?

Voici comment nous pourrons arriver à concevoir ce mécanisme.

Chaque étage de la moelle comprend une série de centres coordonnés : centre des voies sensibles dans les ganglions radiculaires et les cornes postérieures, centres moteurs et trophiques dans les cornes antérieures, centres vaso-moteurs, trophiques, sympathiques dans la partie moyenne de la substance grise, ceux-ci agissant ainsi sur la sécrétion sudorale.

Cet ensemble de centres périphériques est en relation constante avec les centres analogues des étages voisins et plus éloignés et avec les centres supérieurs du mésocéphale, du cerveau et du cervelet.

Le tonus d'un muscle provient des excitations centripètes de toute espèce données notamment par la contraction des muscles, le tiraillement et la tension des ligaments, des aponévroses des tendons. Ces excitations se répartissent sur tout l'axe nerveux, de telle sorte que chaque étage de la moëlle reçoit non seulement ses excitations métamériques particulières, mais encore la moyenne de l'excitation générale. La voie suivie est, pour une bonne part, le faisceau cérébro-ponto-cérébello-spinal. La voie pyramidale, au contraire, refrène ces tonus en même temps qu'elle transmet les ordres volontaires.

Or, que se passe-t-il lors d'un traumatisme à la périphérique ? Un appel aux souvenirs de chacun de nous facilitera notre tâche ; en effet, il est arrivé au moins à la plupart d'entre nous, de recevoir un coup sur une extrémité osseuse : l'olécrâne l'épiphyse du radius, la crête du tibia ; rappelons-nous ce qui s'est passé : nous avons éprouvé une douleur subite assez violente et de l'impotence immédiate et momentanée, d'ailleurs, du bras ou de la jambe. A ce moment même en faisant un effort de volonté très considérable nous n'avons pu nous servir utilement de la main ou du pied ; ils étaient inertes et les ébauches de mouvement que nous arrivions à faire étaient même un peu incoordonnées. Nous assistions à un phénomène d'inhibition et nous avons pu nous rendre compte que la douleur à laquelle on songe tout d'abord, la douleur n'était pas seule en cause, puisque même lorsqu'elle n'était pas très forte, la difficulté de vaincre la parésie existait à un haut degré.

C'est un phénomène de cette nature, mais beaucoup plus marqué et plus durable, que nous considérons comme le point de départ des troubles nerveux périphériques qui surviennent à la suite des traumatismes des extrémités.

Dans le fonctionnement des neurones, on reconnaît deux effets contraires : la dynamogénie et l'inhibition. La régularisation des mouvements du cœur constitue l'exemple classique de ces effets ; elle est due à la dynamogénie fournie par le sympathique et à l'inhibition amenée par le nerf vague. Il y a là une véritable règle générale dont les exemples sont nombreux, les actes intellectuels en sont notamment une application : la volonté consiste non seulement dans

une action dynamogénique mettant en valeur une idée, mais aussi dans un effet inhibiteur écartant, annihilant l'idée contraire. De même la cellule motrice de la corne antérieure est constamment sollicitée à la fois par l'action tonique du cervelet et par l'inhibition du tonus et des réflexes du cerveau.

Aujourd'hui nous appelons l'attention sur l'existence du même mécanisme mais fonctionnant à la périphérie: *les voies sensitives centripètes provoquent en certain cas de l'inhibition sur l'étage de la moëlle auquel elles se rendent* et cette notion nous donne l'explication d'une quantité de phénomènes que nous rencontrons journellement notamment chez les accidentés du travail.

L'inhibition due à un traumatisme à sa raison d'être; elle provoque le repos de la partie malade, repos obtenu par la paralysie de certains dans des exemples bien connus: la paralysie de l'intestin qui arrête ses mouvements péristaltiques et se laisse dilater par les gaz en cas de péritonite et d'autre part la défense musculaire, symptôme d'appendicite.

La contracture fixant les articulations quand il s'agit d'arthrite fongueuse est encore un bel exemple de cette action réflexe.

En cas de lésions des membres spécialement lorsqu'il y a eu contusion d'une articulation ou d'une épiphyse, nous observons la parésie de certains muscles avec leur atrophie partielle parfois excessivement rapide, et la contracture d'autres muscles. Les traumatismes du poignet s'accompagnent fréquemment de ces symptômes et alors on remarque que le fléchisseur profond est fréquemment paralysé et que les extenseurs ont plutôt de l'hypertonie, les doigts se fléchissent très difficilement et sont bientôt fixés par la disparition des plis dorsaux permettant la flexion des phalanges.

Le réflexe inhibiteur périphérique amène une perturbation considérable dans les fonctions des centres médullaires: la voie pyramidale est inhibée par l'intermédiaire du neurone de la corne antérieure d'où la paralysie des mouvements volontaires et une atrophie musculaire modérée et l'augmentation fréquente des réflexes profonds au moins au début.

Le sympathique est également intéressé, d'où les troubles vasomoteurs, c'est-à-dire le gonflement œdémateux ,la rougeur, les ecchymoses, l'hyperhydrose.

Dans les cas graves, les réflexes profonds sont amoindris et l'inhibition trophique porte sur tous les tissus: peau, os, tissu conjonctif.

Ce ne sont pas seulement les voies centrifuges qui sont intéressées dans ce mécanisme, les voies centripètes le sont également. Nous constatons d'abord de la douleur qui existe toujours, tout au moins à l'état latent; il suffit pour la mettre en lumière de remuer le membre malade et d'en fléchir les articulations. La sensibilité tactile

est presque toujours modifiée, mais si l'anesthésie est parfois évidente, elle passe le plus souvent inaperçue parce qu'elle est légère. On ne s'en rend compte qu'en explorant la surface cutanée au moyen d'un attouchement très doux comme celui de la pointe d'un pinceau, les yeux du malade étant évidemment fermés. Parfois, le contact n'est pas perçu mais le plus souvent la sensation est diminuée Pour s'en rendre compte, il faut explorer exactement de la même façon les deux membres correspondants en des points symétriques. Après l'examen, on demande au blessé de quel côté il a perçu le mieux: presqu'invariablement il déclare que la sensation a été moins forte du côté blessé.

Dans cette expérience, il faut se méfier de la suggestion possible et poser la question sans laisser aucunement préjuger de l'opinion de l'observateur. A tout prendre, le blessé serait plutôt disposé à ressentir plus fortement du côté où siège la douleur et sur lequel son attention est constamment tenue en éveil; en fait, c'est le contraire qui se produit.

Cette modification de la sensibilité tactile ne manque pas d'intérêt: tout, d'abord, elle étend largement le domaine de l'anesthésie douloureuse qui, au lieu d'être exceptionnelle devient presque une loi générale.

Elle permet aussi de comprendre d'une façon rationnelle l'apparition des anesthésies dans l'hystéro-traumatisme.

On a dit que cette anesthésie provenait de ce fait que les blessés considéraient inconsciemment la partie atteinte comme perdue, comme morte, comme insensible; au lieu de recourir uniquement à cette origine mentale, nous voyons une explication plus simple dans le fait de la diminution réelle de la sensibilité qui, chez le névropathe, prend une valeur extraordinaire pouvant atteindre l'anesthésie complète de la région et même l'émiplégie sensitive.

Au point de vue anatomo-pathologique, on possède peu de renseignements concernant les altérations musculaires et médullaires possibles. Ces affections n'entraînent pas la mort et on a rarement l'occasion d'examiner les organes au microscope. Il semble cependant qu'il n'y ait généralement pas d'altérations matérielles.

Notons cependant une observation de M. Klippel faite sur une personne porteuse d'une arthrite tuberculeuse du genou; elle succomba à une affection intercurrente et fut autopsiée. Elle présentait dans la moëlle lombaire un ensemble de lésions consistant en atrophies avec pigmentation des cellules et diminution de leur nombre dans la corne antérieure, ainsi qu'une diminution considérable des prolongements.

Les expériences faites sur les animaux ont donné lieu à des recherches microscopiques: Duplay et Cazin qui ont répété les expériences de Valtat et examiné l'axe médullaire n'ont trouvé aucun trouble,

aucune altération perceptible; Raymond est arrivé aux mêmes résultats. Ces études mériteraient d'être reprises avec les perfectionnements de la technique actuelle. En effet, Mignot et Molly, sont arrivés à des résultats positifs; dans huit cas, ils ont constaté une diminution du nombre des grandes cellules motrices de la corne antérieure et ils expliquent la contradiction de leurs résultats comparés à ceux des auteurs précédents par ce fait qu'ils ont sacrifié leurs animaux après u ntemps beaucoup plus long, allant jusqu'à onze mois; ils ont ainsi donné aux lésions le temps d'apparaître. Ces divergences n'ont d'ailleurs rien d'étonnant puisqu'elles existent même en ce qui concerne les amyotrophies classiques.

En ce qui concerne les muscles, M. Raymond leur trouve macroscopiquement une diminution de volume et une diminution de coloration. Au point de vue microscopique, il n'y a pas d'altération évidente, la striation est nette et il n'y a pas de prolifération des noyaux. Il trouve simplement une diminution de la surface de section des fibres allant du tiers au quart, bien constatable si on compare les muscles sains avec leurs homonymes malades. L'atrophie serait due à la disparition de la substance interfibrillaire. Quant aux nerfs ils ne présentaient pas d'altération.

Ces constatations cadrent bien avec les observations cliniques puisque l'atrophie est toujours limitée et qu'elle ne donne pas lieu à la réaction de dégénérescence. Les altérations cellulaires qui ont été découvertes s'expliquent non par une myélite proprement dite mais par un trouble de nutrition des neurones; elles font comprendre pourquoi dans les cas défavorables le mal reste incurable.

Lorsque les phénomènes dont nous parlons arrivent avant l'âge adulte il se produit de curieux troubles de la croissance du membre qui feraient songer à l'existence d'une paralysie infantile. M. Klippel a relaté trois observations de cette nature.

BIBLIOGRAPHIE

SUDECK. Röntgenbilder von Knochenatrophie und deren Rückbildung. 20e Kongres d. Deutsch. Ges. für Chirurgie, 1900. (*Fortschritte auf die Gebiete der Röntgenologie*, 1901-02, Bd. V.)

VALTAT. De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations. (Thèse, Paris 1877.)

BALLET et BERNARD. Amyotrophies consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres: (*Arch. Génér. de Méd.*, 1900, p. 513.)

CHARCOT. Amyotrophies spéciales d'origine articulaire. (*Progrès Médical*, 1893.)

BABINSKI. Art névrite. Traité Charcot-Bouchard — Dercche. Thèse Paris.

RAYMOND. *Revue de Médecine*, 1890, t. 10.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 27 avril 1911. — Présidence de M. Deny

Faux cénestopathe

M. PICQUÉ. — Il y a quelque temps, notre collègue Dupré a étudié sous le nom de cénestopathes, une catégorie de malades chez lesquels il admet un *trouble spécial de la cénesthésie*. Ceux-ci présentent des douleurs variées et mal localisées. Il n'existe pas de *substratum organique* apparent.

Pour notre collègue, *l'aire de projection* viscérale est primitivement intéressée chez ces malades.

Il y a conscience d'un trouble périphérique mais le cerveau reste normal et l'on n'observe aucune manifestation dans les sphères intellectuelles, affective et volontaire. Voilà la pensée de l'auteur. Je n'ai nullement la prétention d'en *contester l'exactitude*. Je veux simplement insister devant vous *sur les abus qu'on en peut faire*.

Les viscères peuvent en effet *porter en eux-mêmes* les éléments de leur sensibilité. Leur *intégrité* peut n'être qu'apparente.

Voici une malade. Elle souffre du ventre, elle ne peut localiser la douleur qu'elle ressent. *Peut-on de cette indécision* et de l'absence de lésions apparentes conclure d'emblée à l'origine cérébrale. Nous-mêmes nous sommes restés *indécis*. Notre première intervention le prouve bien.

Des raisons cliniques me font croitre à une appendicite. Je l'opère et je trouve un appendice sain.

Les troubles persistent. Je pratique une deuxième intervention et, *le bistouri à la main*, je suis sur le point de méconnaître un petit sac très profondément situé, à la *surface* duquel adhère intimement le cœcum.

Si celui-ci *n'avait pu être découvert*, on eût été en droit de déclarer que chez cette malade, la douleur manquait *de substratum organique;* comme, d'autre part, elle ne présentait aucun *trouble psychique* et qu'elle n'avait pas « *illustré sa douleur* » comme n'aurait pas manqué de le faire une hypocondriaque ou une hystérique, elle eût été *classée* parmi les cénestopathes d'après la définition même qu'en a donnée notre collègue.

Une seconde malade, hypocondriaque, est reconnue, à l'autopsie, atteinte de néphrite.

La cénesthésie cérébrale est actuellement en faveur. *On admet* qu'elle peut être pervertie, qu'il y ait ou non des lésions périphériques. *Ces dernières*, quand elles existent, n'interviennent même pas pour orienter le délire.

Ainsi donc, point n'est besoin de la cénesthésie périphérique. Les *sensations naissent* primitivement du cerveau et mettent en mouvement l'activité cérébrale, et, comme la cénesthésie comprend toutes les zones d'association et que celles-ci peuvent être successivement ou simultanément atteintes, *la perversion* doit expliquer toutes les formes graves du délire hypocondriaque.

Chez les cénestopathes, il n'existe aucun trouble dans le domaine des opérations psychiques, et *cependant on veut encore* que la cénesthésie cérébrale soit en cause et que les douleurs éprouvées par les malades aient un point de départ cérébral. Certes, je *ne saurais contester* qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas, mais je *demande encore* qu'on fasse des réserves pour quelques-uns de ces malades et qu'on leur accorde *le bénéfice* d'un examen clinique approfondi.

M. DENY. — Je crois que nous sommes ici tous d'accord pour admettre, avec M. Picqué, que les lésions périphériques ou somatiques peuvent jouer un rôle dans l'apparition de certaines psychoses à teinte mélancolique ou hypocondriaque. Mais où nous différons peut-être d'avis, M. Picqué et moi, c'est sur l'importance qu'il convient d'accorder à ce rôle, et sur son degré de fréquence. Pour M. Picqué, ce rôle serait prépondérant; pour moi, au contraire, il est accessoire. Nombreux, en effet, sont les cas où ces lésions périphériques font défaut, et, lors même qu'elles existent, c'est au terrain ou à la constitution psychopathique sous-jacente qu'il convient, selon moi, d'accorder la part la plus importante dans la genèse des troubles mentaux.

M. G. BALLET. — Il y a avantage, pour s'entendre, à considérer des cas particuliers ou au moins des groupes de cas. Il y en a où l'importance de la lésion périphérique domine de beaucoup celle du trouble psychique, qui paraît bien actionné par cette lésion; il y en a d'autres où il est difficile de dire la part exacte qui revient dans l'ensemble de l'état clinique au désordre mental ou à la lésion d'apparence causale; dans un grand nombre enfin, il est manifeste que l'altération périphérique n'a été qu'un élément très accessoire et à peine occasionnel dans la détermination du syndrome psychique. On conçoit que les résultats de l'intervention chirurgicale ne sauraient être les mêmes dans ces diverses catégories de cas. Il n'en subsiste pas moins que chez un délirant il y a toujours utilité à remplir les indications qui résultent de la présence d'une lésion organique, quelle qu'elle puisse être.

Écrits et poésies d'une démente précoce

M. CAPGRAS. — Voilà une jeune fille qui semble avoir présenté un léger déficit intellectuel à l'âge de dix-neuf ans. A vingt-neuf ans, après un état infectieux suivi d'un accès mélancolique, la démence s'installe définitivement. Dès le commencement de l'année 1903, on constate des symptômes d'affaiblissement intellectuel, de l'indifférence, de l'aprosexie, du maniérisme, des stéréotypies, du gâtisme. Or, alors que ces symptômes n'ont fait que s'aggraver l'année suivante, la malade écrit, le 30 mars 1904, une lettre de quatre pages, parfaitement correcte d'un bout à l'autre.

Vers la même époque, en avril 1904, elle compose une chanson.

En 1905, elle écrit cette prévision impressionnante, qui la montre consciente encore du désordre mental qui l'envahit :

Le 30 novembre de la même année, elle compose une poésie :

Ces écrits témoignent d'une activité mentale incontestable. Le fait est d'autant plus intéressant qu'il ne s'agit nullement d'une rémission dans la marche de la démence précoce. Bien au contraire, à n'envisager que les signes objectifs, et spécialement l'indifférence et le gâtisme, les fonctions psychiques étaient, à ce moment, au moins aussi profondément atteintes qu'elles le sont aujourd'hui.

Des années 1906, 1907, 1908, je n'ai aucun document graphique, si ce n'est, pour 1906, la transcription très exacte de cent vingt-trois vers (poésies d'André Chénier, Coppée, Theuriet, Bourget, écrites de mémoire). La malade griffonnait sur les murs.

Quelques lignes d'une lettre de janvier 1909 et des vers d'avril, même année, montrent les progrès du maniérisme et un commencement d'incohérence.

Désormais, Jeanne est incapable d'écrire avec la même aisance et la même clarté que quatre ans avant. Elle sait pourtant, par intervalles, exprimer et préciser sa pensée; elle emploie alors un style décadent qui ne manque pas de pittoresque, mais qui ne lui était pas habituel. En novembre 1910, elle m'écrit, pour demander à quitter le pavillon des gâteuses, une lettre qui, par comparaison avec celle de 1904, rend bien compte de ces modifications.

Depuis environ six mois, Jeanne compose une sorte de journal sur lequel elle inscrit la plupart de ses pensées. Elle a déjà rempli cinq cahiers de cent pages. C'est là un document graphique de premier ordre, relativement rare dans la démence précoce, et d'une valeur psychologique bien supérieure, me semble-t-il, à celle des meilleurs tests, pour apprécier la vie mentale de la malade. L'incohérence, souvent assez atténuée, permet de suivre les associations d'idées.

Quand on démêle cet écheveau embrouillé de phrases et de mots, on est frappé de ce premier fait, c'est que Jeanne vit entièrement dans le passé. On ne trouve pas une seule observation sur les événements actuels ou sur son entourage, pas un seul projet d'avenir, pas la moindre plainte sur son internement ou sur l'abandon de sa famille. Elle ne consigne que des souvenirs anciens ou professionnels.

Les réminiscences littéraires, scientifiques et pédagogiques, de beaucoup les plus nombreuses, constituent, dans ces cahiers, une sorte de délire professionnel.

Au point de vue calligraphique, les lettres et les mots sont bien formés, de grosseur variable, la ponctuation bonne.

Les troubles psychographiques sont plus importants. L'incohérence en est très variable. A côté de phrases claires, on trouve des « salades de mots » presque incompréhensibles ou encore des associations d'idées et des jeux de mots analogues à ceux des maniaques.

Trois éléments principaux donnent à ces derniers écrits leur originalité. Ce sont : la richesse des réminiscences, le maniérisme et le désordre croissant des associations d'idées. Mais ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est qu'on y peut suivre la marche progressive des troubles psychographiques et son défaut de parallélisme avec l'évolution des autres signes. La verbigération, l'incohérence furent des symptômes relativement tardifs. Les stéréotypies, l'ataxie, le gâtisme, etc., permettaient depuis longtemps d'affirmer la démence précoce, au moment même où la malade produisait des écrits si littéraires qu'ils semblent incompatibles avec l'existence d'un état démentiel. Aussi bien, il ne s'agit point, dans ce cas, d'un affaiblissement intellectuel global; c'est plutôt une dissociation, une ataxie des fonctions psychiques, ou, suivant l'expression de Bleuler, une schizophrénie.

M. Gilbert BALLET. — Le cas communiqué par M. Capgras est intéressant parce qu'il appelle l'attention sur ceux, nombreux, où, chez les déments précoces, le déficit cérébral est peu accusé.

M. H. MEIGE. — Les écrits en question sont de deux sortes : d'abord les lettres officielles, dans lesquelles surabondent des formules toutes conventionnelles. L'ensemble en est cohérent; on y retrouve pourtant avec excès des clichés qui, à force d'usage, finissent par confiner au verbiage automatique.

Ensuite, ce sont des poésies, où apparaît encore davantage une tendance à l'automatisme verbal : bribes de vers, suites de rimes, jaillissant avec une aisance qui serait déconcertante si nous ne savions pas que cette femme est une ancienne institutrice, ayant grandement cultivé sa mémoire.

De telles productions d'allure littéraire étonnent; mais il faut se garder d'y voir un argument en faveur de l'intégrité de la faculté d'écrire; souvent, au contraire, elles témoignent d'une exagération toute psychopathique de l'automatisme cérébral.

Tabes fruste avec diminution intellectuelle

MM. MAILLARD et BLONDEL. — La malade que nous allons montrer est une jeune fille de dix-sept ans, fille d'un tabétique, mort paralytique général. Elle présente des signes évidents de syphilis héréditaire et elle est atteinte de

lésions diffuses du système nerveux, s'objectivant sous l'aspect clinique de tabes juvénile avec affaiblissement intellectuel. Mais si le processus pathologique est de même nature que celui qui a frappé son père, il semble, comme cela s'observe souvent dans les affections juvéniles du système nerveux, beaucoup moins net dans ses manifestations cliniques. On peut se demander si cet affaiblissement intellectuel, tel qu'il existe aujourd'hui chez cette jeune malade, mérite, en raison de son évolution et de son aspect clinique actuel, le nom de paralysie générale avec le pronostic que comporte d'ordinaire cette dénomination.

Cette jeune fille, nettement syphilitique héréditaire, reproduit dans l'ensemble les mêmes troubles dont son père a été atteint, mais d'une façon atténuée. Les lésions sont ici beaucoup moins systématisées, plus diffuses, ou mieux, plus disséminées. On peut la considérer comme atteinte de tabes juvénile, et, conformément à ce qui s'observe souvent dans cette forme de tabes, les symptômes sont assez frustes; le début s'est fait par des troubles urinaires ainsi que cela s'observe souvent dans le tabes juvénile.

On pourrait également la considérer comme atteinte de paralysie générale juvénile, mais au point de vue psychique, le tableau clinique est encore beaucoup plus flou. L'affaiblissement intellectuel est aujourd'hui peu marqué et le syndrome paralytique, assez bien constitué il y a six ou sept mois, est actuellement extrêmement atténué; il n'existe plus qu'un trouble de la parole et de l'écriture insignifiant, la diminution de la mémoire est difficilement appréciable, le jugement paraît intact et ce qui subsiste, c'est une sorte de nonchalance physique et intellectuelle, d'asthénie générale.

BIBLIOGRAPHIE

La dépersonnalisation, par L. DUGAS et F. MOUTIER. (Un vol. de 225 pages, 1911, Félix Alcan, édit. Prix: 2.50 francs.)

Considérons une personne dans les circonstances ordinaires de la vie : elle reçoit l'impression des objets sensibles, assemble des souvenirs, évoque des images, forme et cobine des idées, juge, raisonne, accomplit des actes, est émue de plaisir et de douleur; elle a conscience de tout cela et le rapporte à soi. Supposons que la même personne éprouve les mêmes états, mais cesse d'en prendre conscience comme siens; elle assistera alors « à sa vie comme à un spectacle donné par un autre » (Fromentin) ; elle continuera de percevoir des sons, des couleurs et des formes, des contacts, des parfums, etc., mais il lui semblera que ces impressions sensibles ne la touchent plus, ne l'atteignent plus; elle continuera d'avoir des souvenirs, mais il lui semblera que le passé qu'elle évoque lui échappe, n'est plus le sien; elle continuera de penser, de raisonner, d'agir et même d'être affectée, mais il lui semblera que ce n'est plus elle qui pense, qui raisonne, qui agit, qui éprouve du plaisir et de la peine. Rien, par hypothèse, ne sera changé dans sa vie et cependant sa vie tout entière lui paraîtra changée; elle ne se reconnaîtra plus, elle s'étonnera d'exister, elle sera en dehors de ses *phénomènes*. Cet état n'est point imaginaire, mais réel. C'est celui que les auteurs étudient et auquel ils ont donné le nom de *dépersonnalisation*.

Tous les facteurs d'asthénie, la tristesse et les maladies, la désorientation mentale, les contrastes violents prédisposent à la dépersonnalisation, sans

qu'on puisse dire pourquoi ils la produisent chez tels sujets, non chez d'autres. Sous la forme simple, paroxystique, la dépersonnalisation est un phénomène, sinon banal, au moins commun. Elle paraît être fort souvent un processus de défense, la *neutralisation* d'une émotion violente, d'une tristesse trop lourde à supporter. Le moi s'annihile pour ne plus souffrir; c'est une sorte de suicide transitoire. D'autres fois, au contraire, surtout si elle se prolonge, la dépersonnalisation exprime un état de désagrégation, de dégénérescence mentale, comme l'abus de l'introspection et de la spéculation métaphysique sur les éléments du moi en peut déterminer.

D'une façon générale, elle est un désordre diffus de l'activité mentale avec inémotivité prédominante. Elle est un trouble de la personnalisation de tous les états psychiques, sensations, souvenirs, espoirs ou craintes de l'avenir, trouble lié à la disparition de la qualité affective normale de ces états. Elle est en somme une psychose d'épuisement au pronostic d'ordinaire absolpment bénin, toutes réserves faites sur les accidents mentaux qui lui peuvent être associés.

Il est bien évident qu'il s'agit d'une maladie mentale bien nette; mais les auteurs estiment que leur dépersonnalisation n'est l'affaire ni des psychologues ni des aliénistes. « Les sujets eux-mêmes, disent-ils, ne savent pas le traduire, faute de pouvoir le rattacher à rien de connu ou lui trouver aucun analogue dans l'expérience commune. Viennent alors les psychologues et les aliénistes, dont le premier mouvement est d'essayer leurs théories anciennes sur tout phénomène nouveau qui leur est signalé, et le second, de persévérer dans l'idée préconçue, c'est-à-dire de tirer à eux le phénomène en question, de le compliquer ou de le simplifier selon les cas, de le fausser toujours, sous prétexte de le rendre intelligible, de le faire entrer dans les cadres. »

Voilà donc un trouble mental dont nous, aliénistes, nous ne pouvons pas nous occuper sous peine de le compliquer Il est permis de se demander si les auteurs n'ont pas eux-mêmes compliqué les choses en décrivant minutieusement un symptôme fréquent et banal qu'ils érigent en entité morbide et dont ils étudient l'historique, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement!

Considérations sur la lèpre aux îles Hawaï, par L. Dekeyser. (Un vol. grand in-8° de 90 pages, avec de nombreuses gravures. Bruxelles, L. Severeyns, 1911.)

L'étude de notre distingué confrère est des plus intéressantes; parmi les nombreuses observations originales recueillies sur place, signalons celles concernant l'état mental des lépreux : « La léproserie de Molokaï, dit l'auteur, ne répond pas du tout à l'opinion que l'on s'en fait généralement et que des journalistes en mal de copie et de documents ont contribué à répandre. Lorsque, parvenu enfin au bas du raidillon vertigineux qui dévale vers Kalaupapa, je me dirigeai vers la maison du directeur, je fus fort étonné d'entendre les malades rire et chanter. Des jardins de l'hôpital Bishop, montaient des notes perlées que lançaient dans les airs quelques jeunes Canaques au cou et à la chevelure enguirlandés de fleurs selon la mode charmante du pays. Sur les routes, des lépreux cavalcadaient au trot nerveux de jolis chevaux californiens; d'autres jouaient et le village n'avait pas du tout l'aspect d'une agglomération de malades. Les lépreux de Molokaï ne manquent de rien et dans l'ensemble leur état moral ne paraît pas déprimé comme on pourrait le croire. C'est que l'état de maladie crée une mentalité spéciale toute différente de celle de l'homme sain. A côté d'affections qui jettent le désespoir dans le cœur de l'homme souffrant, il en est d'autres qui semblent amener avec elles une certaine insouciance qui contraste étrangement avec la gravité du mal. La lèpre

paraît être de celles-là. Les médecins, les sœurs franciscaines, mon compatriote, m'ont confirmé cet état d'esprit insouciant de leurs malades. Ceux-ci se font-ils des illusions sur leur sort, ont-ils quelque espoir de guérison, peut-être ! Et pourtant les moins atteints voient évoluer devant eux les cas graves et cela semblerait de nature à leur enlever toute espérance. Chez un malade que j'ai soigné pendant plus d'un an, autrefois, à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, j'ai observé le même phénomène, il ne paraissait nullement souffrir moralement de son état; il s'amusait avec ses compagnons, riant, plaisantant, jouant aux cartes. Et pourtant, il n'ignorait pas la nature du mal dont il était atteint. J'ai actuellement deux lépreux en traitement et j'ai pu faire à leur sujet la même observation. L'un, une jeune fille, appartient à la clientèle privée, sait parfaitement de quel mal elle est atteinte mais elle n'est cependant nullement désespérée. L'autre est dans un état lamentable, il a perdu l'usage de ses membres; il ne peut même plus porter à la bouche ses aliments et est aveugle. Malgré ses misères physiques, malgré le peu de ressources dont le malheureux dispose pour nourrir sa femme et ses deux enfants, jamais il ne se plaint de son sort et il offre une image vivante de la résignation indifférente. Peut-être aussi l'absence de souffrances si fréquente dans la lèpre vient-elle contribuer à entretenir cet état d'esprit qui paraît paradoxal à l'observateur peu habitué au monde des malades et à leur mentalité spéciale.

» Les lépreux de Molokaï paraissent heureux. Je crois sincèrement qu'ils le sont. Le Canaque, qui en forme l'immense majorité, est naturellement nonchalant, indolent, et en somme, il trouve au settlement tout ce qu'il désire. La vie y est facile, assez large. Chacun y a sa petite maison blanche entourée de verdure et de fleurs. La nourriture y est abondante et de bonne qualité. Nul n'est astreint au travail et ceux qui veulent s'y livrer touchent un salaire. Le climat y est bon, l'air de la mer vivifiant. Ajoutez à cela que l'Etat pourvoit absolument à tout sans qu'il en coûte rien aux lépreux ni à leur famille. On s'efforce de rendre le séjour des malades le plus agréable possible et dans ce petit village qui compte à peine un millier d'habitants, on est quelque peu étonné de trouver un kiosque à musique, un petit champ de course pour les « luaus » (courses à cheval, indigènes, auxquelles participent hommes et femmes vêtus du long pantalon flottant), un terrain pour jeux de pelote (base ball), une plaine de tir ! Les lépreux ont constitué deux sociétés de musique, l'une à Kalaupapa, l'autre à Kalawao, et ces sociétés donnent fréquemment des concerts; il existe encore un cercle choral, une société athlétique ! On voit donc qu'en réalité l'état d'esprit des malades n'est pas du tout ce que l'on croit communément. Comme je l'ai dit plus haut, l'Etat pourvoit absolument à tout et rétribue les services qui lui sont rendus. Tout le personnel du settlement, aussi bien religieux que laïque est payé par le Conseil d'hygiène. Il n'y a d'exception que pour les pasteurs et un frère qui ont refusé toute aide pour des raisons de convenances personnelles. On comprend sans peine, dans ces conditions, que l'indigène, en général, loin de se plaindre de son internement, s'en montre satisfait, n'ayant aucune préoccupation, si ce n'est celle que pourrait lui inspirer sont état dont il semble se soucier assez peu. Remarquez, du reste, que l'internement n'a rien ôté aux lépreux de leur qualité de citoyen de la grande République américaine. Ils s'intéressent aux choses de la politique, et, à l'époque des élections, des conférenciers vont les voir et leur parler dans l'endroit réservé aux entretiens avec les malades. »

TRAVAUX ORIGINAUX

La maîtrise de soi (1)

par le Dr X. FRANCOTTE

Professeur à l'Université de Liége

Devenir maître de soi, rester maître de soi, c'est réaliser l'idéal de la perfection morale.

Celui qui parviendrait toujours à se comporter suivant les indications de sa conscience, à obéir à la dictée de sa raison, à réprimer les vils appétits, à tenir en bride ses passions, à s'imposer les sacrifices nécessaires pour l'accomplissement du devoir, celui-là aurait atteint le degré le plus élevé de la vertu et sa grandeur serait supérieure à celle du conquérant.

Mais ce n'est pas la maîtrise de soi ainsi comprise qui va faire l'objet du présent entretien. Je l'envisage à un point de vue plus restreint et j'en veux parler en médecin plutôt qu'en moraliste.

J'ai en vue la maîtrise de soi s'exerçant en face des secousses émotionnelles, du choc que comportent l'impatience, l'indignation, la colère, l'embarras, le désappointement, l'attendrissement, la sensibilité, la peur sous toutes ses formes.

Voulez-vous un bel exemple de la maîtrise de soi ainsi entendue? Il nous est fourni par l'exécution du général Malet:

L'exécution du général Malet et de ses onze complices eut lieu, à la plaine de Grenelle, le jeudi 29 octobre 1812, au milieu d'un grand déploiement militaire. Il y avait, entre autres, un peloton d'exécution et un peloton de réserve. Les condamnés s'étant arrêtés, furent placés sur un seul rang, adossés au mur; Malet se trouvait au milieu.

Le capitaine rapporteur vient d'achever la lecture du jugement de la commission militaire. Aussitôt, Malet, faisant un pas en avant, s'adresse à l'officier de gendarmerie qui doit présider à l'exécution: « Monsieur l'officier de gendarmerie, dit-il, en ma qualité de général et comme chef de ceux qui vont ici mourir pour moi, je demande à commander le feu. » Puis se replaçant au niveau de ses compagnons : « Peloton, attention! s'écrie-t-il d'une voix pleine et sonore; portez... armes! Apprêtez... armes!... Cela ne vaut rien. Nous allons recommencer, l'arme au bras tout le monde! »

---

(1) Causerie faite le 16 février 1911 au *Bien-Etre Social*, société de tempérance de la province de Liége.

Quelques vétérans tressaillirent, les armes vacillèrent. Malet reprit aussitôt : « Attention, cette fois : portez... armes!... Apprêtez... armes! à la bonne heure, c'est bien! Joue... feu! »

Et cent vingt balles criblèrent à bout portant ces malheureux qui tombèrent tous, excepté Malet. Celui-ci, resté debout et ferme sur ses jarrets, porta la main à sa poitrine, car il n'était que blessé, et, reculant jusqu'au mur où il s'adossa : « Et moi donc, mes amis, vous m'avez oublié! »

Un de ses compagnons, Bardérieux, n'était pas non plus tué sur le coup. Il essaya de se relever, en râlant le cri de : « Vive l'Empereur! »

— Va, pauvre soldat, lui dit ironiquement Malet, ton Empereur a reçu comme toi, le coup mortel. Et, tout ruisselant de sang, il fit encore un pas en avant et il cria : « A moi, le peloton de réserve! »

— En avant, la réserve, commanda l'officier de gendarmerie.

A cette seconde décharge, Malet tomba face contre terre en criant : « Vive la liberté! » On fut contraint de l'achever avec la baïonnette pour terminer ses souffrances que pas un gémissement, pas une plainte ne laissèrent soupçonner (1).

Voilà, n'est-ce pas, une insigne force d'âme, une rare possession de soi-même. Un tel courage, un tel stoïcisme commande le respect et l'admiration.

Bien digne d'éloge aussi — quoique dans une moindre mesure — a été le sang-froid dont le président de la Chambre des Députés, M. Dupuy, a fait preuve quand l'anarchiste Vaillant jeta sa bombe au milieu du parlement. Sans laisser percer la moindre émotion, il prononça tranquillement ces paroles devenues historiques : « Messieurs, la séance continue. »

Si l'on loue l'homme qui réussit à garder sa présence d'esprit au milieu des conjonctures les plus émotionnantes, si l'on reconnaît une véritable supériorité dans la domination de soi-même; d'autre part, l'on considère avec pitié, sinon avec dédain, celui que l'émotion déconcerte, qui ne sait pas maîtriser les manifestations qu'elle provoque.

De la tenue si calme que montra Charles Dupuy lors de l'attentat de Vaillant, on a rapproché, pour le stigmatiser, le désarroi provoqué parmi les députés français, par les coups de revolver tirés, en pleine Chambre, à la séance du 17 janvier dernier. On a représenté les députés livides, épouvantés, s'aplatissant sur leur banc,

(1) Ce récit, emprunté pour la plus grande partie à Marco Saint-Hilaire, a été publié par Lacassagne dans un article sur les exécutions militaires. *Archives de l'Anthropologie criminelle*, 15 décembre 1910.

se cachant derrière les banquettes, poussant des cris, des hurlements, des gémissements, ou se livrant à des fuites éperdues.

Je ne garantis pas l'exactitude de ce tableau. Mais l'on n'hésitera pas à convenir que la scène qu'il figure n'est pas de celles qui recueillent les applaudissements ou les éloges.

Par les réactions qu'elle détermine, par les phénomènes qui la constituent, l'émotion est la source d'un grand nombre d'inconvénients et de désordres.

Pour commencer par les moins graves, je signalerai les souffrances morales qu'engendre notamment l'émotion de timidité, l'intimidation.

Ces souffrances morales ont été décrites par des maîtres du barreau, par des princes de l'éloquence. Edmond Rousse, le célèbre avocat parisien, qui fut membre de l'Académie française, les confiait à l'un de ses amis : en même temps, il se dépréciait lui-même, comme le font généralement les timides. « Il m'est aussi impossible, écrivait-il, de comprendre ces tours de force continuels où se jouent les Senard, les Allou, les Betolaud, les Lenté, que les tours d'adresse d'Auriol et les dislocations des clowns anglais.

« Quant à moi, je continue mon petit cabotage fiévreux dont le peu d'importance ferait rire, s'ils en soupçonnaient l'exiguité, ces grands et vigoureux navigateurs.

» Je plaiderai cette année, comme de coutume, une soixantaine d'affaires, tandis qu'ils en plaident deux cents. Et s'ils savaient le mal que je me donne! les nuits que je passe sans dormir! les épouvantables veillées que je souffre quand il faut déployer les maîtresses voiles! comme ils me prendraient en pitié! »

M. Albert de Mun, l'illustre orateur, académicien lui aussi, a raconté récemment, dans le *Correspondant*, les impressions pénibles qu'il a ressenties au début de sa carrière oratoire, en faisant une conférence, le 5 mars 1873, devant un auditoire du grand monde qu'inquiétait plutôt son action sociale.

« Jamais, je n'avais encore éprouvé une si vive émotion; jamais, si ce n'est à la tribune, je n'en ai ressenti de plus affreuse. Jusque-là, j'avais parlé, inconscient du péril, et sauf au Cercle Montparnasse, le jour de mon début, sinon sans trouble, au moins sans peur. Pour la première fois, je connus la secrète angoisse qui saisit l'être tout entier, qui agite le cœur de battements convulsifs, qui tend les nerfs douloureusement, qui glace les mains comme si le sang les fuyait, toute cette torture, enfin, de la parole publique, depuis, si souvent endurée. »

L'émotion provoque des décharges nerveuses qui se traduisent sous forme de contractions musculaires involontaires, de mouvements intempestifs, ou sous forme de phénomènes d'arrêt, d'inhibition.

Elle jette le désarroi dans l'esprit, elle trouble son fonctionnement, elle supprime ou affaiblit le pouvoir de réflexion, en même temps que, souvent, elle exalte l'automatisme.

L'intimidation poussée à son plus haut degré — le grand trac, comme on l'appelle, — enlève à l'artiste tous ses moyens : le malheureux reste là, flageolant, tremblant, hébété, avec l'esprit vidé de tout souvenir, de toute idée, et ne sachant plus pousser le moindre son à travers sa gorge resserrée.

Sujets à de telles crises émotives, des artistes de talent, comme Rose Dupuy, ont dû quitter la scène en pleine carrière et en plein succès.

La peur sous ses autres modalités, détermine des réactions semblables. Tantôt elle immobilise, elle cloue au sol; d'autres fois, elle donne des ailes et excite à des courses désordonnées et sans but. L'on voit, par exemple, dans un accident de chemin de fer, tel voyageur demeurer dans une fixité stupide, tandis que tel autre, ayant, si je puis dire, la terreur à ses trousses, s'enfuit à travers champs, sans savoir ce qu'il fait et sans se proposer aucune destination.

La peur réalise le maximum d'affolement lorsqu'elle sévit dans une foule. Elle est alors comme renforcée, multipliée par une sorte de contagion, d'entraînement mutuel. Que de fois elle a transformé en catastrophe un accident que le calme, la maîtrise de soi aurait réduit à fort peu de chose!

L'émotion — celle de peur en particulier — enlève la présence d'esprit : elle jette sur la conscience comme un voile épais. En parcourant des dossiers d'affaires criminelles, il n'est point rare de rencontrer des déclarations de témoins de ce genre : « A ce moment, — il s'agit du moment tragique, — j'ai ressenti une si forte émotion que j'ai été tout bouleversé, tout hors de moi : je n'ai plus rien vu, ni entendu. »

Qui ne connaît les réactions de la colère! Elle provoque un grand nombre de mouvements inutiles et ridicules, des trépignements, des grincements de dents. Elle pousse à toutes sortes de violences. Elle détermine des façons de faire et de discuter dont on rougit lorsque l'orage est passé.

Je me rappelle avoir lu, il y a quelques années, qu'au cours d'une campagne électorale, dans une réunion publique, un candidat, M. P. Leroy-Beaulieu, surexcité par de continuelles interruptions, grossières et violentes, avait fini par s'emparer de la carafe qui se trouvait sur le bureau et par la lancer à la tête de ses contradicteurs. L'argument était peu persuasif, le geste pas élégant et nullement dans la manière habituelle du candidat qui est un homme de haute culture et de bonne compagnie. Mais, cette fois, il n'était pas resté maître de lui : il s'était laissé dominer par l'émotion.

Encore, si la colère se bornait à produire des inélégances, des grossièretés, des déraisonnements. Mais elle n'est que trop souvent meurtrière. Les anciens en faisaient une folie furieuse passagère : *ira furor brevis*. Celui qu'elle saisit ne se possède plus, il voit rouge, il frappe aveuglément. Revenu à lui, il ne comprend pas son acte; parfois il le déplore avec toutes les marques de la sincérité, et on l'entend déclarer qu'il voudrait donner sa vie pour racheter celle de la victime que son courroux a immolé.

L'émotion, sous toutes ses formes, peut créer une espèce d'ivresse. C'est — comme le remarque Ch. Féré — ce qu'indiquent les locutions usuelles : ivre de sang, de carnage, d'orgueil, de joie, de volupté, de tendresse, d'horreur.

Or, la caractéristique de l'ivresse est d'accroître l'impressionnabilité, d'obscurcir la raison et, par suite, de porter à des actions maladroites, à des entreprises déréglées.

Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que des désordres qui sont inhérents au choc émotionnel lui-même et se dissipent avec lui.

L'émotion est, de plus, génératrice d'une kyrielle d'états pathologiques durables. Ce n'est ni le lieu, ni le moment de détailler ces états pathologiques. Il suffira de dire qu'un bon nombre de névroses et de psychoses procèdent de l'émotion.

On lui attribue même des cas de mort. Valentien serait mort d'apoplexie et Attila, d'un vomissement de sang, dans un accès de colère.

Fourcroy et Chaussier furent, dit-on, frappés d'apoplexie à la suite de chagrin violent.

On raconte que, dans le but d'expérimenter les effets de l'imagination, on annonça au bouffon d'un duc de Ferrare qu'on allait lui couper la tête. On lui avait bandé les yeux : on lui passait une serviette mouillée autour du cou pour simuler la décapitation, lorsqu'il mourut subitement : la peur l'avait tué!

Sans examiner la valeur de ces cas, ni de beaucoup d'autres pareils, on peut admettre que le choc moral, à l'égal d'un choc physique, est de nature à entraîner la mort en amenant la syncope par inhibition cardiaque.

Au surplus, il reste à charge de l'émotion et de l'émotivité qui en est le fondement, assez de griefs sérieux pour qu'il faille désirer en demeurer ou en devenir exempt.

Que faut-il donc faire, non point pour devenir incapable de rien ressentir, — ce qui serait se mettre en dehors de l'humanité, — mais pour éviter les émotions trop violentes, pour ne point perdre la tramontane sous leur influence, pour garder la maîtrise de soi?

Comment se préserver de l'émotivité, j'entends par là, à l'exemple de la plupart des médecins, l'exagération de cette faculté, l'hyperémotivité?

L'émotivité est, dans une certaine mesure, une affaire de race.

Les Français, les Italiens et autres peuples méridionaux sont plus impressionnables que des peuples du Nord, comme les Anglais, les Scandinaves, les Allemands.

Parmi ceux-ci, les Bavarois passent pour spécialement flegmatiques. On raconte qu'à Munich, un jour, la police voulut dresser procès-verbal pour excès de vitesse contre les pompiers qui couraient au feu...

Il faut, en effet, un joli sang-froid pour songer à faire respecter le règlement en de telles circonstances. Partout ailleurs, l'annonce d'un incendie produit l'émoi, l'empressement fiévreux, et l'on trouvera toujours que les secours n'arrivent pas assez promptement.

Huret, dans ses intéressantes études sur l'Allemagne, fournit encore un autre exemple bien typique de la placidité bavaroise : « Il y a quelques années, un professeur de Berlin vint faire à Munich une conférence sur les effets déplorables, au point de vue hygiénique, du sport de la bicyclette exagéré. Il développa longuement son thème, et pour finir, s'adressant au professeur X..., de Munich, hygiéniste et physiologiste célèbre, le pria d'exprimer son opinion sur ce sujet. Le professeur bavarois demeura silencieux durant deux ou trois minutes, assis dans son fauteuil; l'auditoire attendait avec curiosité l'avis qu'il allait formuler; personne ne bougeait, tous les regards se dirigeaient vers lui. Enfin il se leva lentement et dit avec un large geste d'approbation :

— Ja.

Puis il se rassit. Son discours était fini.

Malheureusement, à notre point de vue, on ne choisit pas sa race.

On ne choisit pas non plus son individualité. Il y a des individus chez lesquels l'émotivité, sous certaines formes du moins, paraît tout à fait émoussée.

Il en fut ainsi de Talleyrand.

Pas plus dans les grandes circonstances que dans les actes les moins importants de la vie, Talleyrand ne se départait de son calme et de son impassibilité. Cette impassibilité exaspérait d'abord Napoléon qui finissait par céder devant ce mutisme, cette maîtrise de soi. Il y eut, entre les deux hommes, des scènes effroyables de violence, des orages et des tempêtes, des fureurs et des colères blanches, des salves d'injures et des bordées d'invectives. Talleyrand attendait la fin de l'averse, sous le parapluie de son indifférence.

Au retour d'Espagne, comme Napoléon lui reprochait toutes ses trahisons et exprimait le regret de ne l'avoir pas fait pendre aux grilles du Carrousel, « mais il en est temps encore! » lui répondit, flegmatique, son interlocuteur.

Un autre jour, au milieu d'un débordement d'outrages, Napoléon lui lança cette dernière ruade :

— Vous ne m'aviez pas dit que le duc de San Carlos était l'amant de votre femme?

— En effet, sire, répliqua Talleyrand sans s'émouvoir; je n'avais pas pensé que ce rapport pût intéresser la gloire de Votre Majesté, ni la mienne.

Lorsqu'il sortit, il eut à passer devant la foule des courtisans pressés dans l'antichambre qui avaient entendu les éclats de voix du maître. Il se contenta de leur dire négligemment : « Je ne sais pas ce que l'Empereur a aujourd'hui. Il n'est pas comme à son ordinaire. » Le soir, resté après tout le monde chez la vicomtesse de Laval, il lui racontait, sans la moindre émotion, tous les détails de cette terrible scène. Mme de Laval se révoltait : « Comment! il vous a dit cela en face? Vous étiez seul avec lui et vous ne vous êtes pas jeté sur lui? — Ah! répondit-il, j'y ai bien songé, mais je suis trop paresseux pour cela. »

Après la campagne de Dresde, l'Empereur l'avait interpellé violemment, un jour, à son lever :

— Que venez-vous faire ici? Montrer votre ingratitude? Vous jouez le double jeu de l'opposition. Vous croyez peut-être que si je venais à manquer vous seriez le chef du Conseil de Régence. C'est une illusion que vous allez perdre à l'instant. Si j'étais malade, entendez-vous, vous seriez mort avant moi.

— Sire, répliqua Talleyrand en s'inclinant, je n'avais pas besoin d'un pareil avertissement pour adresser au ciel des vœux ardents en faveur de la conservation de Votre Majesté. »

Poussée à ce degré, l'impassibilité est presque monstrueuse et, sans sortir de mes gonds, je partage l'indignation que provoquait chez la vicomtesse de Laval, l'apathie de Talleyrand en face d'outrages si sanglants.

D'autres individus versent dans l'excès contraire. Un rien les met sens dessus dessous : une chiquenaude morale les désarçonne. Leur système émotif vibre avec intensité à la moindre excitation. Cette impressionnabilité exagérée est souvent spécialisée à l'égard de tel ou tel ordre d'excitations. Ladmirault, le soldat intrépide, l'homme de l'armée de Metz qui, au 16 août, arriva le premier sur le champ de bataille et qui y fut si beau, Ladmirault était un timide. Recevant M. Claretie, le héros de l'armée du Rhin rangeait fiévreusement des presse-papiers sur la table, posait à droite, à gauche, des porte-plumes, tirait la basque de sa tunique et avait des gestes indécis qui dénotent visiblement l'embarras causé par la timidité.

Le roi Albert de Saxe était le plus timide des monarques. Cela ne l'empêcha pas d'être un vaillant soldat.

La source de l'émotivité se trouve fréquemment dans l'hérédité. Les émotifs sont, en général, issus de parents névropathes ou eux-mêmes mal équilibrés.

Au point de vue qui nous occupe, pour reprendre une plaisanterie souvent répétée, il faut en conclure qu'on ne saurait être trop sévère dans le choix de ses parents. D'autant plus qu'à l'influence héréditaire se joint souvent l'influence aggravante de l'exemple, de l'éducation.

Bien dirigée, l'éducation est capable de corriger les écarts de l'impressionnabilité. Mais voyez la difficulté, qui est quasi un cercle vicieux. Pour inculquer le calme, la possession de soi dans telle conjoncture, il faut que l'éducateur sache lui-même garder son sang-froid dans la circonstance donnée.

C'est souvent le contraire qui arrive.

Prenons la peur des orages : elle n'est, sans doute, pas bien grave; pourtant elle cause des transes qu'il vaut mieux s'épargner. Quelle est son origine? Fréquemment elle dérive d'une disposition héréditaire, c'est-à-dire que cette même peur existe chez les parents et est liée chez eux, comme chez leur progéniture, à quelque infirmité de leur système nerveux.

Or c'est à ces parents que nous en appelons pour corriger leur enfant. Que font-ils? Ils témoignent tant d'effroi au cours des orages qu'ils ajoutent chez l'enfant, l'entraînement de l'exemple à l'entraînement de la disposition native.

Pour remédier aux excès d'impressionnabilité, il faudrait donc que les parents, se connaissant bien eux-mêmes, tâchent de supprimer ou de réprimer les intempérances de leur propre émotivité.

La formation du sang-froid se fait par l'exemple : elle dispose d'autres moyens encore.

Je sais des familles où l'on ne tolère pas que les enfants fassent grise mine, montrent des airs de bouderie et de mécontentement. Est-ce bien raisonnable? Est-il en notre pouvoir d'être gai sur commande? Il faut s'entendre. Nos sentiments ne sont pas sous la dépendance immédiate, souveraine, de notre volonté. Néanmoins, par des voies détournées, elle arrive à les modérer, à les transformer.

Elle y peut réussir notamment en réprimant les manifestations de telle émotion fâcheuse et en s'efforçant de produire les manifestations d'une émotion ou d'un sentiment inoffensif comme l'est généralement celui de la joie.

Prendre un visage souriant, c'est s'incliner à la joie. « Voulez-vous être gai tous les jours? demandait récemment le Dr Demade : Chantez le matin. » Quand on est gai, on chante ; en chantant, on trouve souvent la gaieté.

Dans ce livre d'une psychologie très avertie, si riche en leçons

utiles, intitulé *Le gouvernement de soi-même,* le P. Eymieu résume à peu près en ces termes, le procédé que je viens d'exposer : « Il faut, dit-il, faire comme si l'on avait le sentiment qu'on veut avoir, ou comme si l'on n'avait pas le sentiment que l'on veut détruire. » Les parents ont donc raison, au point de vue de l'éducation de la maîtrise de soi, de ne point admettre des visages renfrognés, d'exiger des airs souriants.

Après bien d'autres, le P. Eymieu recommande également l'appel à l'idée : il note que les anciens déjà disaient de la volonté que son pouvoir est plus politique que despotique. Pour qu'elle se mette en branle, pour qu'elle ait chance d'être obéie, elle doit être soutenue par des raisons.

Il faut donc montrer à l'enfant, comme on se montrerait à soi-même, pourquoi il ne doit pas se laisser impressionner, pourquoi il ne doit pas prendre la mouche, pourquoi il ne doit pas se laisser gagner par la peur. Eh, mon Dieu ! les raisons ne manquent pas. Toute émotion exubérante est une sottise, une faiblesse et un danger.

Ainsi, pour exciter en soi la hardiesse — c'est Descartes qui parle — et pour ôter la peur, il ne suffit pas d'en avoir la volonté, mais il faut s'appliquer à considérer les raisons, les objets ou les exemples qui persuadent que le péril n'est pas grand ; qu'il y a toujours plus de sûreté en la défense qu'en la fuite, qu'on aura de la gloire et de la joie d'avoir vaincu, au lieu qu'on ne peut attendre que du regret et de la honte d'avoir fui, et autres choses semblables.

Ce que l'éducation que l'on a reçue n'a pas fourni ou n'a pas achevé, l'éducation qu'on se donne à soi-même cherchera à l'obtenir. On s'imposera, dans ce but, une discipline basée sur les mêmes principes que ceux qui doivent présider à l'éducation.

Convenablement secondée, la volonté est capable de contenir les natures les plus impressionnables. C'est ce que montre la vie des saints, des héros de la vertu. Savez-vous que Saint-François de Sales, qui fut l'apôtre et comme l'incarnation de la douceur, avait un naturel bouillant, un caractère irritable ? « La marque de Saint-François de Sales, écrivait dernièrement son compatriote Henri Bordeaux, c'est l'équilibre du cœur et de la raison, de la force et de la douceur, du calme et de l'énergie. Une telle harmonie ne s'obtient que par une volonté disciplinée, tendue vers ce but merveilleux : il eut à dompter sa violence qui lui inspirait des accès de colère, son imagination qui le conduisit une fois jusqu'au désespoir. Il ne fut donc pas l'enfant parfait qu'ont peint certains de ses biographes. »

Henry Bordeaux ajoute très justement que rien n'est plus insipide que ces biographies sans nuances, toutes tournées vers la

louange et l'édification, au point de cesser d'être vraisemblables. La part de Dieu est grande dans les missions sacrées; mais, dans la préparation, il subsiste une part humaine et l'on désire la voir. Si l'on coupe les ponts entre les saints et le commun des fidèles, comment engager ceux-ci à imiter ceux-là?

Le P. de Ravignan peut être également proposé comme exemple. « Il ne laissait rien percer au dehors de ses luttes avec lui-même, tant il possédait son âme dans une patience énergique; on ne voyait donc que la paix où il n'y avait que la guerre. Il ne fallut rien moins qu'une forte et constante volonté, soutenue par la grâce, pour dominer une indomptable nature. »

Ainsi parle le P. de Ponlevoy, le biographe du P. de Ravignan.

Ce que ceux-là ont pu, pourquoi ne le pourrions-nous pas également si nous procurons à notre vouloir les mêmes ressorts et les mêmes soutiens?

Toutefois, il ne faut pas oublier que l'énergie volontaire se trouve sous la dépendance de la santé corporelle et que l'émotivité est intimement liée au conditionnement du système nerveux.

Voulez-vous jouir d'une émotivité normale, voulez-vous être capable de maîtriser les désordres affectifs, veillez à garder vos nerfs sains et saufs, évitez-leur notamment les influences nuisibles du surmenage et des diverses intoxications.

L'influence du surmenage, mais elle ressort à l'évidence d'un spectacle qu'on a souvent sous les yeux. Une assemblée est au terme d'une longue séance où toutes les attentions ont été fortement tenues en éveil par l'importance des sujets débattus, par l'intérêt des discours prononcés. L'atmosphère est surchauffée : il y a de l'orage en l'air. C'est le moment où l'on cesse de mesurer ses paroles, où l'on commet les gaffes, où l'on se livre à des vivacités, à des impertinences. On dit que l'assemblée est *énervée*. Qu'est-ce à dire, si ce n'est que les nerfs fatigués donnent plus de prise aux excitations émotionnelles, que le frein de la raison supérieure ne fonctionne plus avec la fermeté désirable.

Et si vous me demandez ce qui crée le surmenage, je vous dirai qu'à mon sens, c'est l'amusement bien plus que le labeur. Un travail intensif, pas trop unilatéral, calme et régulier, n'use guère les nerfs : ce qui les use, c'est l'existence désordonnée, l'activité fiévreuse, trépidante, les longues veillées dans des atmosphères viciées et toutes ces conditions sont celles de la vie de plaisir bien plus que de la vie de travail.

Ce qui les use encore, ce sont des poisons comme l'alcool, le tabac, l'opium et la morphine.

Il y aurait là matière à de vastes développements et, puisque je parle sous les auspices du *Bien-Etre social*, il serait assez naturel d'exposer au moins le rôle funeste de l'alcool à l'endroit de l'émotivité, de la maîtrise de soi.

Mais je crains d'avoir déjà dépassé la juste mesure.

Je ne laisserai pourtant point de proclamer bien haut, en terminant, que plus j'avance dans la carrière médicale, plus je me convaincs que le cerveau de l'homme, que son système nerveux n'ont pas d'ennemi plus redoutable que l'alcool, plus je me persuade qu'une hygiène nerveuse rigoureusement comprise réclame la suppression de l'alcool sous toutes ses formes.

Mens sana in corpore sano : il fallait bien que ce truisme fit son apparition. Sa formule enserre les préceptes que je viens d'exposer, d'une façon un peu hâtive, quant à la répression de l'émotivité : concerter méthodiquement ses puissances psychiques, se soumettre à une discipline morale bien entendue, suivre une hygiène irréprochable pour se faire et se conserver des nerfs valides, voilà le secret de la maîtrise de soi.

Secret de polichinelle, dira-t-on peut-être, comportant une méthode d'application difficile et d'efficacité nullement souveraine.

Ah! j'aurais préféré pouvoir vous faire connaître, par exemple, quelque petit appareil, pas coûteux, aisément transportable, une manière de frein sur lequel il suffirait de presser doucement pour enrayer tout de suite, à coup sûr, les écarts de l'émotivité et au moyen duquel il serait possible de ne garder des émotions que ce qu'elles ont d'agréable et d'avantageux. Hélas! le petit appareil n'existe pas, et quant à moi, qui ai l'esprit fort peu inventif, je n'imagine pas qu'on le découvrira un jour.

Nos ambitions doivent viser moins haut : la nature humaine a d'inévitables infirmités. On ne peut pas songer à les extirper totalement. C'est bien déjà de les modérer et s'en amortir les conséquences.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE DE PARIS

Séance du 4 mai 1911. — Présidence de M. Dupré

La motilité du pied de l'hémiplégique

M. EGGER. — Dans l'hémiplégie, la destruction plus ou moins complète du faisceau pyramidal a immobilisé le pied ou réduit le mouvement à une petite étendue. Mais quand l'individu se tient debout, la pression centripète produit son action dynamogène, un renforcement de l'innervation motrice et, comme l'incitation volitionnelle est ainsi aidée par l'incitation périphérique, le mouvement en devient plus ample. Ici encore, nous constatons l'effet bilatéral de la pression.

Quand un hémiplégique se hausse sur la pointe des pieds, c'est surtout le pied opposé qui soulève et fait du travail utile. Le pied hémiplégique lui-même n'appuie que fort peu et seulement pour sauvegarder l'équilibre.

Déformations acromégaloïdes

M. S. MOSSÉ présente un cas fruste d'acromégalie. Il semble donc qu'il y ait à côté du type pur de l'acromégalie certains *états acromégaloïdes*, cas d'autant plus intéressants qu'ils sont encore peu connus et ont besoin d'être étudiés pour être classés.

M. Henry MEIGE. — Cet homme a de grandes mains et de grands pieds, beaucoup plus grands, toutes proportions gardées, que ne l'exige sa taille; sa grande envergure outrepasse considérablement sa hauteur. On voit aussi par les radiographies que son crâne est très épais, et notamment que les sinus frontaux ont un développement vraiment exceptionnel. Il a le champ visuel rétréci, et de fréquents maux de tête.

Ce qu'il faut surtout retenir ici, c'est la répartition symétrique aux quatre extrémités d'une hypertrophie qu'on peut, à la vérité, qualifier d'*acromégaloïde*, étant bien entendu que ce qualificatif n'implique pas fatalement l'existence de la maladie de Pierre Marie.

Ictus avec abolition des réflexes cutanés et tendineux exagération des réactions de défense avec spasmes musculaires Artério-sclérose cérébrale diffuse. Méningo-encéphalite hémorragique

MM. DUPRÉ et KAHN. — En résumé, il faut retenir au point de vue clinique cet état demi-comateux lié à une hémorragie sous-pie-mérienne de la région occipitale de la convexité et qui s'accompagne, d'une part, de l'abolition des réflexes cutanés et tendineux, d'autre part de l'exagération de la réflectivité cutanée de défense, avec secousses musculaires convulsives et irrégulières.

La coexistence de cette même exagération des réflexes cutanés de défense, avec l'abolition des réflexes cutanés et tendineux, et l'absence du phénomène des orteils (intégrité des faisceaux pyramidaux) a été signalée dans certains cas de paraplégie spasmodique par M. Babinski et Souques.

M. Babinski avait remarqué que ces cas de paraplégie étaient dus en général à des lésions du système nerveux central (sclérose spinale, néoplasme comprimant la moelle ou le bulbe), lésions bilatérales de l'encéphale.

Au point de vue anatomique nous sommes en présence de deux processus :

1° L'un ancien, athéromateux (endocardite, aortite, néphrite, péri méso-endo-vascularite cérébrale). C'est à lui qu'est due vraisemblablement l'hémorragie sous-pie-mérienne;

2° L'autre plus récent, inflammatoire, surajouté à une angiopathie chronique, suivant le processus indiqué par M. Klippel, dans ses études sur les paralysies générales et qui se présente comme une méningo-encéphalite diffuse en voie de formation.

Un cas de chorée chronique non progressive ayant débuté dans l'enfance

MM. CROUZON et LAROCHE. — A côté de la chorée de Huntington, affection héréditaire et progressive, à début tardif, il existe des chorées chroniques non progressives, débutant dans l'enfance et qui semblent différentes des

chorées récidivantes et de la chorée variable des dégénérés de Brissaud. Ces cas de chorée chronique sont très rares. L'un de nous déjà a présenté en 1903 avec M. Marie un malade rentrant dans ce groupe, et que nous pouvons à nouveau montrer aujourd'hui dans un état à peu près semblable à celui dans lequel il se trouvait il y a huit ans. La malade que nous présentons aujourd'hui se rapproche beaucoup du précédent au point de vue clinique.

Il s'agit évidemment ici d'une chorée persistante depuis 16 ans, et qui peut être rangée dans le groupe des chorées chroniques non héréditaires et non progressives.

Séance du 19 juin 1911. — Présidence de M. Legras

Un débile simulateur

M. VIGOUROUX présente un dégénéré à volonté faible et à passions vives sans débilité intellectuelle qui, inculpé de vol et d'abus de confiance, a été interné après avoir bénéficié d'un non-lieu. A la prison, devant les médecins experts, il a certainement exagéré ces troubles du caractère et a demandé son internement. Dès qu'il fut interné, il se déclara à la fois innocent des délits pour lesquels il était poursuivi et indemne de tout trouble mental et réclama instamment sa sortie. Quelle conduite à tenir vis-à-vis de tels malades? L'asile spécial leur convient, mais seulement quand l'expérience a montré que la pénalité n'a pas d'action sur eux.

Étude de l'état mental de deux aphasiques

M. BAHIA étudie deux aphasiques de M. Magnan. Chez ces deux malades, dont l'un est resté hémiplégique droit, l'aphasie motrice et sensorielle est très accusée et il existe en outre un affaiblissement indiscutable des facultés mentales. Cependant il est possible, par différentes épreuves extemporanées, de démontrer que la démence n'est pas globale, et cela est conforme à ce qu'apprend l'observation prolongée (attitude des malades dans le service qui, dans une certaine mesure, se conduisent en faisant preuve de jugement et d'initiative).

Alcooliques et épileptiques à réactions dangereuses

M. Henry COLIN montre trois malades de son service, un alcoolique et deux épileptiques à réactions dangereuses.

A propos des alcooliques, il insiste sur les difficultés qu'éprouve le médecin à maintenir des malades à l'asile après la disparition des accidents aigus et quel que soit le danger de la mise en liberté, à cause du retour intégral à la raison et des dispositions de la loi de 1838 qu'ils ne manquent pas d'invoquer.

A l'occasion d'un deuxième malade, M. Colin démontre que le même problème se pose pour certains épileptiques alcooliques, à attaques rares, qui oscillent entre la prison et l'asile et qui constituent un véritable danger social.

Le troisième malade est un débile intellectuel accentué, épileptique, qui a pu faire trois années de service militaire sans encourir de punitions. L'acte

qui a motivé son internement prouve cependant combien il était imprudent de le conserver au régiment. Ce malade, sous l'influence non pas d'un vertige épileptique, mais d'une idée maladive dont il est incapable d'apprécier la gravité, a conçu le projet de vitrioler une amie de sa mère : il a mis ce projet à exécution et de plus il aurait étranglé sa victime si on n'était accouru à son secours.

Un cas d'acromégalie chez une imbécile

M. BONHOMME présente une acromégalique imbécile chez laquelle les premiers troubles de la croissance osseuse paraissent avoir débuté à l'âge de 12 ans, en tout cas avant 16 ans. Depuis cet âge, l'état est très sensiblement stationnaire. Malgré ce début précoce, la malade ne mesure que 1 m. 45; la puberté a été normale; les règles sont toujours régulières (la malade a aujourd'hui 28 ans). Absence de signes d'hyperplasie hypophysaire, pas d'hémianopsie, pas d'élargissement de la selle turcique.

Kystes hydatiques

I. M. VIGOUROUX montre deux kystes hydatiques du cerveau. Les kystes, très anciens, ont leur paroi ossifiée. La présence de crochets confirme la nature de ces petites tumeurs.

II. M. VIGOUROUX présente un foie dans lequel on trouve trois kystes hydatiques de la grosseur d'une mandarine en voie de régression.

III. M. VIGOUROUX a trouvé à l'autopsie d'un néphrétique ancien, mort d'insuffisance rénale, un kyste hydatique plein d'hydatides filles ayant envahi les deux tiers du rein et le bassinet. L'uretère dilaté est rempli et bouché par des hydatides. Le malade présentait de l'anxiété mélancolique et des idées de suicide.

Séance du 17 juillet 1911. — Présidence de M. Legras

Obsessions et mélancolie chez un vagabond à internements multiples

MM. JUQUELIER et VINCHON présentent un vieillard de 68 ans, qui, depuis l'âge de 13 ans, a mené une existence constamment vagabonde : sous l'influence du désir obsédant de se déplacer, il a occupé un grand nombre de situations dans lesquelles, entre deux fugues, il se montrait presque normal, travaillant à des métiers réguliers jusqu'à ces derniers temps et gagnant honnêtement sa vie. Dans les antécédents on ne retrouve que l'éthylisme du père. Il a fait sa première fugue à 13 ans et après deux séjours assez longs — 6 à 8 mois — dans des villes, a commencé son existence nomade, travaillant l'été aux champs ou aux vignes, l'hiver dans les villes, au hasard de ses pérégrinations. Les sept ans de service militaire n'ont été marqués que par une seule désertion après laquelle il est revenu de lui-même à la caserne. A cette époque, après des excès éthyliques, il a ses premières hallucinations.

Après sa libération, il reprend la vie d'autrefois, quittant au bout de peu de temps un pays pour un autre; parfois l'impulsion prend un caractère particulièrement violent et il doit se mettre à courir. Il n'a lutté contre elle qu'au régiment et il a raconté qu'alors il s'est senti très angoissé.

En 1881, il est interné pour la première fois après une tentative de suicide consécutive à un accès de dépression. Depuis, il est interné plus de trente fois pour les mêmes motifs ou à la suite de scandale au cours d'excès alcooliques.

Pendant ses cinquante-cinq ans de vie nomade, ce malade a été condamné sept fois, mais seulement pour mendicité et vagabondage. On n'a pu relever aucun délit sur son cahier judiciaire, et encore faut-il noter que les condamnations surviennent quand il prend de l'âge et peut plus difficilement trouver du travail.

Ce malade « à internements multiples » ne semble donc pas rentrer dans la catégorie des habitués d'asiles que l'on retrouve surtout dans le service de M. Collin, à Villejuif.

Paralysie générale sénile

M. TRÉNEL montre deux cas de paralysie générale sénile, se caractérisant surtout par leur forme atypique.

Premier cas. — Femme de 61 ans, cas plutôt tardif que sénile. A noter que le mari est mort d'un tabes qui a débuté à 30 ans. Il est curieux de noter la longue distance dans l'apparition du tabes chez l'homme et de la paralysie générale chez la femme; chez celle-ci le réflexe rotulien est nul à gauche, aboli à droite. Le point à noter est l'existence d'un certain degré d'aphasie amnésique : la malade ne peut trouver les noms des objets qu'on lui montre; elle les désigne par leur définition. L'intensité du symptôme est variable suivant les examens. Y a-t-il lésion en foyer ou lésion paralytique particulièrement intense d'un centre?

Deuxième cas. — Femme de 67 ans. L'apparition tardive de la paralysie serait sans doute due ici à une contamination tardive, la malade ayant eu neuf enfants vivants. La démence en imposait à un certain moment pour un syndrome presbyophrénique.

Débilité morale avec simulation surajoutée ou démence précoce ?

M. BEAUSSART présente un jeune malade du service de M. Colin, malade qui, au premier abord, donne l'impression d'un déséquilibré, amoral, instable, délinquant, plus ou moins habitué des asiles où il entre à l'occasion d'accès délirants polymorphes qu'on pourrait croire voulus; l'attitude, la physionomie du malade, une amnésie absurde de tous les faits de sa vie, des craintes inexpliquées, font soupçonner la simulation. Cependant, une plus longue observation montre qu'il s'agit d'actes et de phénomènes pathologiques qui peuvent se rapporter à l'existence d'une démence précoce (troubles du sens moral et du caractère, attitude maniérée...) dont l'éclosion remonte à sept années. Le malade, âgé de 16 ans, avait pu, quoique débile, arriver jusqu'à la classe de cinquième lorsque sont survenus les troubles qui existent actuellement.

Spirochètes et trypanosomes

M. A. MARIE (de Villejuif) présente à la Société les projections cinématographiques communiquées au Congrès de Berlin où il a été délégué par la Société avec MM. les Docteurs Pactet et de Clérambault.

Les projections ont trait, d'une part, aux trypanosomes dans le sang des

malades atteints de la maladie du sommeil qui a fait l'objet du rapport de MM. Marie et Darré pour les formes à troubles mentaux.

D'autre part, les projections mettent en parallèle, avec les précédentes dues à M. Commandon, les belles préparations de Levaditi sur les spirochètes, en particulier le tréponema pallidum sur cornée de lapin.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juin 1911. — Présidence de M. Ernest Dupré

Paralysie radiale syphilitique

M. DE MASSARY. — Voici un cas de paralysie radiale ayant tous les caractères de la paralysie saturnine et cependant malgré une recherche minutieuse il est impossible de découvrir la moindre trace d'une intoxication par le plomb.

Faut-il, malgré les apparences, conserver le diagnostic de paralysie radiale périphérique due à une intoxication saturnine ignorée. Je ne le pense pas. Voici vingt mois que la paralysie évolue et s'accentue, malgré des traitements multiples : électricité, massages, strychnine, etc. Ce n'est guère le propre d'une paralysie radiale, surtout lorsque le malade, par ses nombreux séjours à l'hôpital, est soustrait à la cause ignorée de l'intoxication. Cette évolution fait penser plus à une poliomyélite qu'à une névrite périphérique.

Autre argument tiré de la ponction lombaire : la lymphocytose rachidienne notable fait supposer une lésion centrale plus qu'une lésion périphérique.

Enfin, dernier argument plus important encore : l'extension lente mais réelle de l'atrophie à des muscles innervés par d'autres nerfs que le radial, tels que les muscles des éminences thénar et hypothénar, permet d'affirmer un processus plus diffus.

Pour toutes ces raisons, au premier diagnostic de névrite radiale je propose de substituer le diagnostic de poliomyélite antérieure chronique;; le siège de cette poliomyélite serait d'ailleurs principalement aux origines du radial, c'est-à-dire au niveau des VIe et VIIe paires cervicales, avec extension légère vers les origines du médian et du cubital, vers la VIIIe paire cervicale et la Ire dorsale.

Il reste à discuter la cause de cette poliomyélite antérieure chronique. Il est difficile de ne pas tenir compte du fait que mes deux malades, celui que je présente maintenant, de même que l'ingénieur de Constantinople, étaient syphilitiques. Certes, il ne s'agirait pas d'une méningo-myélite banale, mais d'une lésion plus systématisée aux cornes antérieures de la moelle. Je serais, pour ma part, assez disposé à admettre la possibilité de cette poliomyélite antérieure chronique due à la syphilis, sans affirmer toutefois que cette infection puisse être la seule à invoquer dans tous les cas analogues et c'est pourquoi j'intitule cette communication : paralysie radiale, à type de paralysie saturnine, due à une poliomyélite antérieure chronique cervicale, chez des syphilitiques.

Comme conclusion pratique, je dirai qu'il me semble logique de ne plus

faire, à l'avenir, le diagnostic de paralysie saturnine à type antibrachial, en l'absence de renseignements étiologiques précis, et de craindre, dans ces cas, le début d'une atrophie musculaire myélopathique.

Forme fruste de la maladie de Parkinson

MM. KLIPPEL et MONIER. — Le syndrome clinique présenté par ce malade peut être résumé de la façon suivante :

Phénomènes exclusivement moteurs ayant débuté il y a deux ans environ, s'étant accentués d'une façon progressive et consistant en :

1° Raideur musculaire permanente et diffuse ayant pour conséquence : les troubles de la mimique (aspect figé et inexpressif du visage), la lenteur des mouvements volontaires, l'embarras et la monotonie de la parole, la tendance à la conservation des attitudes fixes ;

2° Affaiblissement léger de la force musculaire ;

3° Maladresse dans les mouvements volontaires ;

4° Mouvements symétriques étendus ;

5° Exaltation des réflexes tendineux.

Il convient maintenant de discuter quelle étiquette nosologique doit être donnée à un pareil ensemble de troubles.

Au premier abord, l'aspect figé du visage, la lenteur et la rareté des mouvements font aussitôt penser à la maladie de Parkinson, mais à y regarder de plus près, on voit que l'ensemble symptomatique de la paralysie agitante est loin d'être au complet. Le tremblement fait défaut ; au repos, le malade garde une immobilité complète, et si quelques vagues et très inconstantes oscillations se produisent dans les membres supérieurs et les doigts, elles surviennent toujours à l'occasion de mouvements volontaires. La propulsion manque aussi, et s'il y a dans la marche sur un plan incliné un certain degré de festination, ce trouble est explicable par l'entrave apportée par la raideur musculaire permanente.

Mais s'il est évident que la forme commune de la maladie de Parkinson ne saurait être en cause, ne pourrait-on penser qu'il s'agit d'une forme fruste de cette affection ? Depuis les leçons de Charcot, on sait combien la rigidité musculaire constitue un phénomène fondamental dans la symptomatologie de la paralysie agitante, à elle seule, elle peut suffire à en caractériser le début précédant parfois de beaucoup l'apparition du tremblement, des troubles de la marche, de l'écriture... Mais, si, dans cette hypothèse, on en revient à notre malade, il est surprenant de constater que sa rigidité musculaire, qui atteint un degré vraiment considérable, comparable à tous égards à celui des parkinsoniens les plus typiques, reste, malgré que son début remonte déjà à plus de deux ans, à l'état de symptôme parfaitement isolé. Les autres troubles de la série parkinsonienne ne sont même pas ébauchés, et pourtant l'affection n'a cessé de progresser d'une façon continue.

Non seulement le tremblement fait défaut, mais encore les phénomènes de second plan, tels que besoin de déplacement continuel, sensation de chaleur permanente, douleurs rhumatoïdes ou névralgiques. Il faudrait donc admettre qu'ici la forme fruste et monosymptomatique de la maladie de Parkinson n'a cessé de se développer sans cesser de garder son caractère fruste et monosymptomatique. A l'objection tirée de cette particularité évolutive, on pourrait encore ajouter celle de l'âge du malade. Il est âgé de 36 ans, la maladie débuta

à 34, par conséquent à un moment où il est exceptionnel de voir apparaître la maladie de Parkinson.

D'ailleurs, si l'on se reporte à l'énoncé des éléments constitutifs du syndrome présenté par Ar..., on voit que la rigidité musculaire est associée à des troubles n'appartenant pas à la série parkinsonienne. C'est ainsi qu'il présente de l'affaiblissement moteur, de la maladresse dans les actes volontaires, de la syncinésie, de l'exaltation des réflexes tendineux.

Mais il reste certain qu'à l'heure actuelle, le diagnostic différentiel avec la maladie de Parkinson fruste ne saurait être aisément résolu. Sous réserve des éclaircissements que l'évolution pourra apporter par la suite, l'ensemble symptomatique que nous observons nous engagerait, mais toutefois avec de grandes réserves en faveur de la paralysie agitante, à ranger le malade dans la catégorie des cas qu'il convient de désigner avec M. Dupré sous le nom de « syndrome paratonique ».

Il serait ainsi voisin de deux autres sujets dont nous avons jadis communiqué les observations à la Société. Comme le malade actuel, les sujets de ces observations présentaient de la raideur musculaire diffuse avec affaiblissement moteur et maladresse, de la syncinésie, de l'exaltation des réflexes tendineux, mais il avaient en outre des signes objectifs nets de lésion pyramidale bilatérale (mars et avril 1908).

L'évolution des troubles présentés par Ar... montrera si l'homologie avec ces deux malades deviendra complète et s'il s'écartera ou se rapprochera nettement par la suite de la maladie de Parkinson, en faveur de laquelle le facies et l'habitus obligent à faire actuellement de grandes réserves.

L'excitabilité idéo-musculaire et des réflexes tendineux dans la myopathie

MM. BABINSKI et JARKOWSKI. — On admet que dans la myopathie progressive primitive les divers modes de l'excitabilité musculaire s'affaiblissent en général simultanément et que l'état des réflexes tendineux et de l'excitabilité idio-musculaire est subordonné au nombre et au volume des fibres musculaires.

Cependant, il a déjà été noté (Landouzy et Dejerine, Erb, Marie, Guinon, Léri) que le réflexe patellaire peut disparaître avant que le triceps crural se soit sensiblement atrophié et que la contractilité volitionnelle se soit manifestement affaiblie. Dejerine et Landouzy déclarent que le fait leur paraît inexplicable.

Chez le malade que voici, on est frappé d'abord par la diminution ou l'abolition de la contractilité idio-musculaire.

Un simple rapprochement montre ensuite que le trouble précédent coïncide avec une perturbation des réflexes tendineux: dans les muscles du bras et de la cuisse qui ont perdu leur excitabilité idio-musculaire, l'excitabilité tendino-réflexe fait également défaut : en effet, des deux côtés, le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras, le réflexe du genou font défaut : il en est de même du réflexe du triceps brachial gauche; au contraire, on peut obtenir des deux côtés une extension du pied sur la jambe en percutant le tendon achilléen ainsi qu'une flexion de la main et des doigts en percutant les tendons des fléchisseurs; le réflexe du triceps brachial droit existe également; or, l'excitabilité idio-musculaire des muscles des mollets, de ceux de la région antérieure des avant-bras et du triceps brachial droit est conservée.

En raison du lien qui semble unir la perturbation des réflexes tendineux et

celle de l'excitabilité idio-musculaire, nous sommes portés à penser que ces deux phénomènes ont la même origine et à admettre que l'abolition des réflexes tendineux dépend dans l'espèce d'une altération propre de la fibre musculaire ; cela nous paraît d'autant plus probable qu'il n'existe aucun signe pouvant faire supposer la concomitance d'une lésion nerveuse.

Enfin, il est à remarquer que l'abolition des réflexes tendineux et de l'excitabilité idio-musculaire s'observe dans des groupes musculaires qui ont conservé l'excitabilité volitionnelle et l'excitabilité électrique : on voit, en effet, que les muscles du bras et de la cuisse qui sont inexcitables par la percussion et privés de l'excitabilité tendino-réflexe se contractent encore assez bien sous l'influence de la volonté et de l'électricité.

On peut donc dire qu'il y a là une dissociation des divers modes de l'excitabilité musculaire.

Abolition des réflexes rotuliens et achilléens chez une hérédo-syphilitique

MM. DUPRÉ et DEVAUX rapportent le cas d'une enfant de 8 ans, atteinte d'incontinence d'urine par abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Réaction de Wassermann positive.

Le tabes infantile et juvénile relève soit de l'hérédo-syphilis, soit de la syphilis ultra-précoce (syphilis du nourrisson) et se traduit par une symptomatologie fruste et incomplète. Les troubles vésicaux, l'incontinence d'urine, sont un des troubles les plus importants par leur précocité et leur fréquence (50 % des cas) ; un des symptômes les plus fréquents après les signes urinaires est l'amblyopie (36 %). L'ataxie est tout à fait exceptionnelle et l'état général reste bon. Les petits malades sont, selon l'expression de P. Marie, plutôt des tabétisants que des vrais tabétiques. Aussi Babinski fait-il justement remarquer que le tabes hérédo-syphilitique risque d'être souvent méconnu s'il n'est pas systématiquement recherché.

En l'absence de lymphocytose céphalo-rachidienne, il semble qu'on ne puisse qualifier de tabétique le syndrome observé. Celui-ci traduit probablement non pas une méningite spécifique en activité, mais les vestiges d'un processus méningo-radiculaire, peut-être enrayé dans son évolution par le traitement mercuriel.

L'étude critique de tels cas montre combien les progrès de la neuro-séméiologie ont rendu complexes des questions de diagnostic jadis relativement simples et l'intérêt nosologique qui s'attacherait actuellement, selon la juste remarque de Sicard, à une définition précise du tabes. La délimitation de ce vaste syndrome anatomo-clinique ne pourrait être d'ailleurs que conventionnelle, puisque le tabes ne représente qu'une des formes de la méningite chronique syphilitique tardive des racines rachidiennes et de la moelle postérieure.

Myxœdème syphilitique

MM. ROUSSY et CHATELIN. — Il s'agit d'une malade atteinte de syphilis à 29 ans et chez laquelle vers l'âge de la ménopause (45 ans) sont apparus les signes caractéristiques du myxœdème : aspect particulier du visage, œdème dur et généralisé, troubles trophiques cutanés, apathie psychique et physique extrême.

Nous sommes donc ici en présence d'un cas typique de myxœdème vrai de

l'adulte, de cette forme qui a d'abord servi à William Gull en 1873, puis à Charcot à établir cette entité morbide nouvelle et, comme dans les cas princeps, on a affaire à une femme.

Sans vouloir dans notre cas parler de la maladie de Recklinghausen, puisqu'un élément essentiel, les taches pigmentaires, manque absolument, nous avons tenu à relever la présence de fibromes cutanés pour le rapprocher des cas semblables publiés antérieurement.

Myopathie atrophique à type scapulaire

MM. DEJERINE et HEUYER. — Cette observation est intéressante par la localisation presque uniquement scapulaire de la myopathie, par la marche assez rapide de l'atrophie à son début et par son arrêt apparent depuis sept ans.

Hémisyndrome bulbaire

M. FOIX. — Il s'agit d'une malade qui présente depuis deux ans un hémisyndrome bulbaire qui survint progressivement.

Cet hémisyndrome est caractérisé par l'atteinte des VIe, VIIe, IXe, XIe et XIIe paires craniennes gauches. La VIIIe paire est respectée ainsi que la Ve.

La paralysie de la VIe paire est complète avec strabisme s'exagérant dans le regard vers la gauche.

La paralysie de la VIIe paire est du type périphérique et s'accompagne de réaction de dégénérescence.

La paralysie des IXe et XIe paires est caractérisée par :

1° La paralysie de la corde vocale gauche ;

2° La paralysie motrice et sensitive du voile du palais (moitié gauche) ;

3° La paralysie sensitive de l'hémipharynx gauche ;

4° La paralysie avec atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze gauche. Cette atrophie extrêmement marquée s'accompagne de réaction de dégénérescence.

Somme toute, la maladie unit les syndromes de Schmidt, Avellis et Jackson à une paralysie des VIe et VIIe paires.

Il ne s'agit ni d'un tabes, ni d'une syringomyélie, causes ordinaires de ce syndrome.

Il ne s'agit pas davantage d'une poliœcéphatite inférieure ou d'une lésion en foyer.

La cause de cet hémisyndrome est donc vraisemblablement périphérique et due à une compression intracranienne.

L'auteur élimine le diagnostic de tuberculose osseuse (absence des modifications du liquide céphalo-rachidien).

Il élimine également avec quelques réserves le diagnostic de tumeur cérébrale (absence des signes d'hypertension, absence de stase papillaire, intégrité de la VIIIe paire presque toujours touchée en pareil cas).

Il s'agit vraisemblablement, malgré l'absence de lymphocytose, d'un placard de méningite spécifique (réaction de Wassermann positive, lésion d'iritis et de chorio-rétinite ancienne).

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le salvarsan dans les maladies mentales

par le Dr Serge Soukhanoff
Médecin de l'hôpital de Notre-Dame des Affligés pour les aliénés,
Privat-Docent de l'Université de Saint-Pétersbourg

Dès que parurent, dans la littérature médicale, des indications plus ou moins précises, sur la nouvelle préparation découverte par Hata-Ehrlich, le dioxy-diamido-arsénobenzol, ou « 606 », appliquée, avec un certain succès, dans les maladies mentales avec réaction positive de Wassermann, des essais furent entrepris, à l'hôpital de Notre-Dame des Affligés (à Saint-Pétersbourg), sur des malades atteints de lésions organiques du cerveau, avec lues dans l'anamnèse. Ces essais commencèrent alors que le produit n'était pas encore en vente, lorsqu'on pouvait l'obtenir seulement dans le laboratoire du professeur Ehrlich lui-même. C'est grâce à l'obligeance du docteur Blumenthal que les médecins de l'hôpital purent se procurer le produit et en faire les premières injections, en septembre 1910. Les injections étaient pratiquées dans les muscles : les phénomènes de réaction furent faibles dans ces cas. Le nombre des malades soumis à ce traitement fut de 14 (13 hommes et 1 femme). Les injections furent faites par MM. les Drs Lubimoff et Klutcheff.

Comme phénomènes locaux, observés après les injections, on nota certaines plaintes subjectives des malades accusant de légères douleurs, ainsi qu'un gonflement de la région de la piqûre ; quelquefois il était nécessaire d'appliquer des compresses chaudes et un léger massage. Dans aucun cas, il n'y eut de phénomènes gangreneux. Comme phénomènes réactionnels généraux du côté de l'organisme, on constata une certaine élévation de la température et une certaine indisposition ; dans un seul cas seulement, il y eut de légers phénomènes d'intoxication du côté de l'appareil gastro-intestinal, qui auraient pu être mis sur le compte de l'arsenic.

Chez tous les malades, on examina préalablement le sang au moyen de la réaction de Wassermann ; ces investigations furent faites par le docteur Klutcheff dans le laboratoire de l'hôpital. Les injections de salvarsan ne furent faites qu'aux malades chez lesquels la réaction de Wassermann fut trouvée positive.

Sur les 14 malades traités par le salvarsan, on pouvait, dans 9 cas (8 hommes et 1 femme), poser le diagnostic de paralysie générale à différentes périodes de la maladie. Lorsque le début de

la psychose était récent ou si la psychose se manifestait par des phénomènes aigus; il y eut de l'amélioration du côté psychique. Ainsi, par exemple, chez un malade d'âge moyen présentant de l'excitation, du délire absurde de grandeur, avec amaigrissement progressif, on observa, après l'injection de la préparation « 606 », un état plus calme et une amélioration de l'état physique; il cessa de manifester le délire de grandeur; la conscience s'éclaircit; il commença à s'orienter régulièrement dans l'espace et le temps. Il persistait des phénomènès de faiblesse mentale, mais la rémission était si marquée que le malade fut repris de l'hôpital, tant il était devenu tranquille et se conduisait bien.

Dans un autre cas, chez un officier, au premier stade de l'affection, présentant des phénomènes de dépression hypocondriaque, se produisit une amélioration si marquée qu'il fut officiellement reconnu comme bien portant et quitta, pour cette raison, l'hôpital.

Parmi les patients paralytiques traités par le salvarsan, il y avait un cas de paralysie juvénile: le malade avait de l'aphasie motrice, de la démence profonde, de l'apathie. Après l'application du nouveau traitement, les phénomènes moteurs de la parole devinrent moins accusés. En outre, le malade devint plus vif, plus actif, commença à s'intéresser davantage à son entourage; son attention active augmenta; il se rappelait mieux les choses auxquelles auparavant il ne faisait pas attention.

Il est intéressant de noter l'influence de l'injection de « 606 » chez les paralytiques généraux présentant déjà le tableau complet de la paralysie générale, bien développé et à cours lent; parmi ces cas, deux malades attirent l'attention. Chez le premier, l'état psychique, après l'injection, reste sans amélioration marquée: mais son état physique s'améliore d'une manière très visible; il augmente en poids, son teint s'améliore alors que jusque-là il mangeait très peu et était maigre. Chez le second malade, l'injection de salvarsan améliora le sommeil; le patient devint moins apathique, moins indifférent; sa mémoire s'améliora; son poids commença à augmenter.

La préparation « 606 » a été appliquée dans un cas de paralysie générale à cours rapide : c'était déjà un malade très faible. L'injection ne produisit aucun effet; le malade continua à faiblir et mourut bientôt.

Dans deux cas de paralysie générale où l'observation n'a pas été achevée, il n'y a point de données définies.

Chez la femme, atteinte de paralysie générale, une seule injection de la préparation « 606 » amena une certaine amélioration. C'était une femme de 38 ans, syphilitique de longue date : sa maladie psychique durait depuis trois ans et présentait des oscillations très marquées de l'état émotif; depuis longtemps, on notait

de l'excitation, de la malpropreté, avec absence d'intérêt envers l'entourage, avec stupidité. Au commencement de 1910, la malade devint plus tranquille et plus apathique; parfois s'observait chez elle de la rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. En juillet 1910, elle présenta une certaine agitation, elle exprima le désir d'aller à l'église. Après l'injection de la préparation « 606 » (17. IX), l'amélioration devint encore plus marquée. Restant faible d'esprit, la malade manifestait pourtant un plus grand intérêt pour ce qui se faisait autour d'elle; en somme, elle devint plus consciente, pouvait, par exemple, jouer aux cartes; son état psychique devint, en général, plus vif. En somme, on observa chez elle une amélioration comme il n'y en avait pas eu durant toute sa maladie.

Sans doute, les observations citées ne sont pas suffisantes encore pour qu'on puisse tirer des conclusions définitives. On peut seulement parler de l'impression générale concernant l'influence du salvarsan dans la paralysie générale. Se basant sur ce qui fut observé à l'hôpital de Notre-Dame des Affligés, on peut présumer que, dans les cas où l'on a affaire à un stade initial de la maladie, l'injection de salvarsan contribue à l'affaiblissement des phénomènes psychiques morbides et produit simultanément une amélioration de l'état physique du malade. Ehrlich pense que les malades atteints de dégénérescences profondes du système nerveux central, ne doivent pas, en principe, être soumis à ce traitement; mais il conseille néanmoins de traiter les paralytiques généraux par la préparation « 606 », comme, du reste, Alt, seulement aux premières manifestations de la maladie.

En appliquant le « 606 » dans le stade initial de la paralysie générale, on peut, semble-t-il, s'attendre à une rémission; mais parler d'une guérison complète, on ne le peut sans doute pas, malgré une rémission progressive et de longue durée. Même lorsque la maladie existe déjà depuis longtemps, l'application du salvarsan peut être suivie d'une certaine amélioration temporaire, comme cela a été le cas chez notre unique femme malade; il est vrai que, dans ce cas, avant l'injection, les symptômes psychiques prédominaient sur les symptômes physiques.

Concernant les formes de la paralysie générale complètement développées, avec phénomènes caractéristiques et variables du côté physique, l'application du salvarsan n'est pas indiquée, il n'y a pas de rémission; et cela est compréhensible, car cette dernière a lieu, ordinairement, au compte des phénomènes psychiques à cours plus ou moins aigu, à savoir : excitation, dépression, syndrome d'*amentia,* etc. Dans les cas où les symptômes psychiques et les symptômes physiques de la paralysie générale vont de pair, c'est-à-dire dans les formes démentes, l'injection du salvarsan donne

principalement de l'amélioration dans la sphère physique, ce qui se manifeste surtout par de l'augmentation de la force physique, l'augmentation du poids, l'amélioration de l'appétit, du sommeil, etc.

Dans la période terminale de la paralysie générale, même à cours aigu, les injections de salvarsan semblent pour le moins inutiles.

Le salvarsan a été appliqué encore à l'hôpital de Notre-Dame des Affligés dans trois cas de démence précoce avec réaction positive de Wassermann. Ces trois cas concernaient des malades ayant dépassé l'âge juvénile. Dans deux cas, il n'y eut aucune amélioration psychique marquée; dans un cas seulement, les symptômes de négativisme devinrent un peu plus faibles (le malade allait plus volontiers à l'ouvrage, se refusait moins à ce dernier). Mais chez les autres malades, on ne constata qu'une amélioration du côté physique (augmentation du poids).

Il faut ajouter qu'à un de ces malades, se trouvant en congé, on fit encore deux injections de salvarsan qui n'eurent aucune influence ni sur la sphère psychique, ni sur la sphère physique du malade.

Dans deux autres cas de trouble psychique, on n'a pas pu conclure d'une manière précise concernant l'influence du salvarsan sur le cours de la maladie mentale; l'un des malades, très épuisé, atteint depuis longtemps de psychose, très excité et peut-être alcoolique, resta avec le même tableau clinique et, après l'injection du salvarsan, continua à maigrir et à s'affaiblir graduellement jusqu'à la mort. Dans l'autre cas, il y avait un syndrome maniaque dépressif avec supposition de lésion organique du cerveau; on ne constata pas d'influence définie de la préparation « 606 » sur le cours de la psychose.

L'observation de ces malades ne donne pas le droit de parler de l'effet spécifique du salvarsan. En vérité, l'existence des spirochètes syphilitiques dans le système nerveux central des paralytiques généraux n'est pas prouvée jusqu'à présent d'une manière indubitable; en attendant, la paralysie générale se rapporte à un processus parasyphilitique dont la pathogénie reste, actuellement, insuffisamment élucidée.

En ce qui concerne les cas de démence précoce, il faut dire que, dans les observations citées plus haut, on pouvait supposer l'existence d'une syphilis acquise; mais il n'y avait pas ici de symptômes de lésion spécifique du système nerveux central; il n'y avait que la réaction de Wassermann et le tableau de démence précoce.

Il semble que, dans les observations citées plus haut, l'amélioration survenue doit être rapportée non à l'effet spécifique de la préparation « 606 », mais à l'influence tonique sur l'organisme, de l'arsenic contenu dans le salvarsan. Cette opinion a été émise,

entre autres, par le docteur Klutschoff dans sa communication faite le 20 octobre 1910 à l'assemblée scientifique des médecins de l'hôpital de Notre-Dame des Affligés, sous le titre : *Le « 606 » dans les lésions syphilitiques du système nerveux central.*

Nous terminerons en émettant les conclusions suivantes concernant l'influence du salvarsan dans les maladies mentales :

1° Dans le stade initial de la paralysie générale ou au commencement de son début, quoique le tableau de cette psychose soit aigu, on peut s'attendre, avec un certain degré de vraisemblance, à ce que l'application du salvarsan puisse accélérer ou bien aider à l'apparition d'une rémission ;

2° Dans les formes démentes de la paralysie générale, avec tableau complètement exprimé de symptômes psychiques et physiques, l'application du salvarsan s'accompagne parfois d'une amélioration physique assez marquée ;

3° Dans la période terminale de la paralysie générale, les injections de la préparation « 606 », même dans les formes à cours rapide, n'a aucune influence sur le cours de la psychose ;

4° L'amélioration de l'état général du malade souffrant de démence précoce (avec réaction positive de Wassermann), principalement du côté physique, peut être rapportée, comme dans les cas de paralysie générale aussi, à l'influence tonique de l'arsenic contenu dans l'arsénobenzol.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 18 mai 1911. — Présidence de M. Deny

Démence et hémiparésie simulant la paralysie générale

MM. LAIGNEL-LAVASTINE, KAHN et BENON. — L'observation que nous rapportons à la Société est intéressante en ce qu'elle montre la difficulté qu'il peut y avoir parfois à distinguer d'une paralysie générale une démence dite « organique » et due à des lésions artérielles d'origine syphilitique.

Les troubles de la parole, l'affaiblissement intellectuel, l'amnésie, l'hémiparésie, le signe d'Argyll-Robertson formaient un ensemble qui, dans ce cas, a pu légitimement être rattaché à une méningo-encéphalite diffuse.

Ce n'est qu'à un examen plus prolongé qu'on est parvenu à poser le diagnostic de démence par ramollissements cérébraux multiples chez une syphilitique, diagnostic que l'autopsie est venue confirmer tout en précisant la pathogénie de ce syndrome clinique.

En résumé, au point de vue *clinique :* syndromes multiples et successifs de lésions du foyer : hémiplégie, amnésie, agnosie, apraxie, dysarthrie, sensiblerie, désordre des actes, etc. ; signes de sclérose artérielle et de syphilis ; au

point de vue *anatomique*, ramollissements multiples, foyers cérébraux de périvascularite diffuse, endartérite caractéristique de l'artère basilaire et des artères méningées, hyperépinéphrie nette, hyperhypophysie et hyperparathyroïdie légère.

La suite des accidents peut donc être ainsi comprise : la syphilis agissant sur les vaisseaux, artères et veines directement par endartérite et gainite et indirectement par athérome lié sans doute aux lésions endocrines et surtout surrénales, a été la cause des ramollissements par thrombose dont les syndromes mentaux et nerveux ont été l'expression clinique.

Hallucinations visuelles dans un cas de confusion mentale

M. BARBÉ. — Cette malade présente des symptômes de confusion mentale avec hallucinations visuelles. Celles-ci sont même parfois combinées à des hallucinations auditives, comme lorsque la malade dit que les serpents sifflent, ou que les obus produisent un ronflement en passant auprès d'elle. On pourrait croire qu'il y a également chez elle un état d'anxiété dû à des idées de ruine; il n'en est rien, car si ces idées ont pu se manifester autrefois, il faut bien dire qu'elles étaient amplement justifiées par les événements; cette anxiété et cette angoisse continuelles sont dues simplement au caractère terrifiant des hallucinations; elle les redoute, et quand elles surviennent, elle en ressent de l'effroi; de plus, il convient de remarquer, à propos de ces hallucinations, qu'elles ont une fixité et une netteté absolues.

M. G. BALLET. — Ce qui domine incontestablement chez cette malade, c'est la continuité et l'intensité de l'anxiété; or, tandis que l'anxiété est constante, les hallucinations visuelles terrifiantes sont, au contraire, espacées. Cette remarque est importante, car elle montre que nous faisons un véritable paralogisme quand nous disons que ce sont les hallucinations qui donnent sa couleur au délire. C'est l'inverse qui a lieu. Cette malade n'est pas anxieuse parce qu'elle a des hallucinations pénibles; elle a des hallucinations pénibles parce qu'elle est anxieuse.

Paralysie générale à début mélancolique

MM. BARBÉ et BENOIST. — La malade qui fait l'objet de cette communication est entrée à Sainte-Anne avec des symptômes rappelant à ce point la mélancolie, que tous les certificats qui furent faits à son sujet n'hésitèrent pas à poser ce diagnostic.

M. G. BALLET. — Chez la malade qu'on vient de présenter j'avais cru d'abord à un accès de mélancolie simple. Il ne me paraît pas douteux qu'il se soit agi au contraire d'un état de dépression mélancolique symptomatique d'un début de paralysie générale.

Les rapports des états de dépression mélancolique avec la paralysie générale sont intéressants à préciser. Tantôt, comme dans ce cas, ils marquent le début de l'affection, et l'apparition ultérieure des symptômes d'encéphalite démontre qu'on avait affaire à une mélancolie symptomatique. Les faits de cet ordre s'observent assez souvent, comme chacun sait.

Ce qu'on sait moins, c'est que la mélancolie peut guérir, ne laisser à sa suite aucune trace appréciable, jusqu'au jour, en général prochain, où la paralysie générale s'affirme par de nouveaux symptômes. Aussi faut-il, à mon avis, se défier des accès mélancoliques apparaissant chez d'anciens syphilitiques, même lorsqu'ils guérissent. Ils sont souvent l'annonce et le prélude

d'une encéphalite interstitielle évoluant d'après le type discontinu que j'ai décrit. C'est une question sur laquelle je me propose d'ailleurs de revenir prochainement.

Débilité morale avec obsessions-impulsions

MM. DELMAS et BOUDON. — Il s'agit d'un homme de 26 ans, condamné pour coups, pour vol, sujet à des accès subaigus d'alcoolisme et à des obsessions-impulsions (dromomanie, dipsomanie, sadisme et masochisme).

1° *Dromomanie :* C'est au cours de son service militaire que se sont montrées le plus nettement les fugues à forme de dromomanie. Pendant son séjour aux compagnies de discipline, et alors qu'il était employé au cercle des officiers, il a accompli trois fugues. Chacune de ces fugues s'est produite dans des conditions analogues : le besoin de partir le prenait assez brusquement, sans cause et sans but. Il résistait pendant un temps variable, quelquefois jusqu'à huit jours, et cette résistance s'accompagnait d'énervement, de malaise, d'oppression. Il finissait par céder, et il dit d'ailleurs qu'il lui eût été impossible de triompher de son besoin. Avant de partir il avait soin d'emprunter un revolver qu'il volait à un officier, pour se défendre à l'occasion.

Au cours de ces fugues, il fut arrêté deux fois par des Arabes qui le ramenèrent à coups de matraque, afin d'obtenir une prime, et une fois il fut ramené par des soldats lancés à sa poursuite.

2° *Dipsomanie :* B... reconnaît d'abord qu'il était un buveur d'habitude, consommant régulièrement une assez grande quantité de vin (1 litre et demi) et des apéritifs (amer Picon et quinquina).

Il déclare qu'il commettait des excès plus marqués par périodes. Ces périodes survenaient de loin en loin, quelquefois séparées par un espace de six mois. Elles survenaient brusquement, sans cause connue du malade et sans circonstances concomitantes appréciables. Le malade, sur questions, reconnaît qu'il avait assez fréquemment des moments de dépression où il s'isolait dans sa chambre, recherchait la solitude et détestait qu'on lui parlât. Ces moments de dépression étaient de courte durée (un ou deux jours). Ils avaient été remarqués par le frère du malade qui nous les a confirmés. Le malade est incapable de dire si les périodes de grand besoin de boire coïncidaient ou non avec les périodes de dépression, et cela, malgré notre insistance à lui faire préciser ces divers points.

Quand le besoin de boire avec excès le prenait, il ne résistait pas à ce besoin ; il n'aurait donc jamais eu de lutte angoissante. Il ajoute même que, s'il l'avait essayé, il aurait pu, croit-il, résister.

3° *Sadisme :* Il lui arrive d'être pris du besoin impérieux de serrer la femme à la gorge et de se livrer sur elle à une tentative de strangulation. Les femmes avec qui il a eu des rapports ont été très fréquemment prises de frayeur devant ces tentatives. A ce point de vue, nous pouvons même raconter l'incident suivant : pendant qu'il était employé au cercle des officiers dans le Sud algérien, il était devenu l'amant de la maîtresse d'un lieutenant. Un matin, à l'occasion d'un coït, le besoin de strangulation le prend avec une intensité telle qu'il croit bien qu'il aurait étranglé la femme, si celle-ci, épouvantée, n'avait, par ses cris, amené l'intervention du poste.

Masochisme : Depuis l'âge de seize ans, B... a commencé à être pris de temps à autre du besoin impérieux de se mutiler d'une façon presque toujours identique. Il prend un couteau, quelquefois un autre objet pointu, et, de la main droite, se coupe le bras gauche qui porte en effet plus de cent vingt

cicatrices, ou, plus rarement, sur la poitrine, le ventre, les cuisses qui portent également quelques cicatrices.

Dès qu'il voit le sang couler, il éprouve aussitôt une sensation de bien-être qu'il exprime ainsi : « Je me sens soulagé, je ne me sens plus oppressé, je me sens plus gaillard ; j'ai de la lassitude, un peu de mal dans les jambes ; mais je suis mieux de la poitrine. »

La mutilation est suivie d'ordinaire de masturbation et, il éprouve, dit-il, beaucoup plus de plaisir dans ces conditions qu'en temps ordinaire.

Séance du 15 juin 1911. — Présidence de M. Deny

Un cas d'hallucinose chronique

M. BUVAT rapporte le cas d'un malade à hérédité psychopathique chargée qui, depuis des années, présente des hallucinations multiples sans aucune tendance à l'interprétation et au délire ; elle accepte ses hallucinations comme des phénomènes réels, mais elle n'est pas tout à fait une hallucinée consciente, car si elle doute parfois de la réalité du phénomène, elle ne cherche point à les corriger ou à les critiquer, et elle n'est point une hallucinée délirante, car elle ne base sur ses troubles aucune interprétation et aucune idée mystique de persécution ou de grandeur. Elle se rapproche à cet égard tout à fait des observations publiées par M. Séglas. Elle n'est point non plus démente, malgré la longue durée de l'affection. Enfin, trait particulier, elle offre, et cela peut bien avoir un intérêt au point de vue pathogénique, des tics, des impulsions verbales et motrices qui, tout le long de la maladie, s'entremêlent aux hallucinations et oscillent avec elles.

Peut-être peut-on dire que de tels malades représentent le chaînon qui relie les obsessions et les tics à la confusion mentale hallucinatoire et au délire des persécutés hallucinés.

M. SÉGLAS. — Je profiterai de cette occasion pour vous résumer brièvement un nouveau cas, dont je publierai plus tard la relation en détail. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, tourmentée depuis cinq ans par des voix. Ces voix se font entendre de différentes façons. Tantôt elles parlent « muettement », suivant l'expression même de la malade : c'est le symptôme bien connu des « voix intérieures ». Tantôt, au contraire, elles semblent venir du dehors, comme si quelqu'un parlait à voix haute, ou plus souvent à voix chuchotée en se rapprochant de la malade. Cette distinction, toute spontanée de la part du sujet, est très importante, car elle semble bien prouver l'existence, dans le second cas, d'hallucinations proprement dites, extériorisées. La malade ajoute d'ailleurs qu'alors la voix lui paraît venir d'autour d'elle, tantôt de droite, tantôt de gauche, tantôt d'en bas, comme si l'interlocuteur était couché à ses pieds sur le plancher.

En même temps, elle éprouve ce qu'on a appelé le sentiment de présence ; et souvent même, quand la voix se rapproche pour lui parler à l'oreille, elle sent le frôlement ou le contact d'un corps qui s'appuierait sur son épaule. Cette sensation de contact peut se produire isolément, et s'exagérer sous forme d'une « poussée » ; d'autres fois, la malade ressent dans les membres comme

« un trifouillage », qui la force à exécuter des gestes bizarres, rappelant quelque peu, semble-t-il, les tics de la malade de M. Buvat.

Cela dure ainsi depuis cinq ans, sans que la malade soit encore fixée sur la nature de ses voix. Elle ne se rend aucun compte de leur caractère subjectif et ne peut admettre que cela vienne d'elle, « alors que cela l'embête trop, jusqu'à la mettre en colère ». D'autre part, elle ne sait qui peut les produire, et son ignorance à cet égard s'exprime bien dans la désignation neutre qu'elle emploie : « Ça me parle ». Elle n'a pas édifié là-dessus de système d'interprétation et paraît même fort étonnée de toutes les questions qu'on lui pose dans ce sens. Elle se borne à répéter qu'elle a maintes fois interrogé la voix pour savoir ce que tout cela signifiait et qu'elle n'a jamais obtenu que cette réponse, à mon avis, bien caractéristique : « Mystère! Mystère! »

Comme je l'ai déjà fait remarquer, et comme vient de le rappeler M. Buvat, les malades de ce genre se distinguent donc des hallucinés conscients qui, eux, se rendent compte du caractère subjectif de leurs inhallucinations. Ils se distinguent aussi par la pauvreté ou même l'absence de tentatives d'interprétation systématique, des délirants systématiques hallucinés. Cependant, les caractères, le contenu, l'évolution de leurs hallucinations semblent plutôt les rapprocher de ces derniers, auxquels ils sont vraisemblablement reliés par une série de cas intermédiaires.

Psychose hallucinatoire à début sensoriel

MM. DUPRÉ et COLLIN présentent un malade qui leur est apparu, pendant deux mois, comme atteint uniquement d'hallucinations auditives, de nature pénible et injurieuse, et qui, depuis trois semaines, édifie, à l'aide d'interprétations, un système délirant d'influence et de persécution, dont la formule et l'évolution entrent dans les cas les plus classiques.

Le sujet, qui se présente actuellement comme un délirant vulgaire est entré dans le délire hallucinatoire par une phase de troubles sensoriels purs, réalisant le tableau clinique de l'hallucinose.

Il est intéressant de noter le mode de début uniquement sensoriel de l'affection mentale, et la prédominance constante et actuelle des hallucinations dans le tableau de la psychose sur les autres éléments du syndrome, notamment sur les interprétations et sur les réactions du malade. Cette antériorité et cette prédominance de l'élément hallucinatoire s'expliquent par la prédisposition constitutionnelle du sujet aux troubles de l'activité sensorielle.

Internement d'office pour un délire apparent de persécution et de grandeur

M. G. BALLET. — Mlle Le V... a été arrêtée sur la plainte d'une de ses voisines qui l'aurait accusée de l'avoir, de sa fenêtre, menacée avec une épée et un revolver. Conduite à l'Infirmerie spéciale, on l'a considérée comme atteinte d'idées de persécution et de grandeur et on l'a dirigée sur Sainte-Anne. A son arrivée ici, elle a été examinée par l'un de mes chefs de clinique, qui a contredit ce diagnostic et signé un certificat de mise en liberté. M. le préfet de police, surpris de cette décision, a fait examiner Mlle Le V... par un médecin inspecteur qui, comme le médecin de l'Infirmerie spéciale, a conclu à un délire de persécution et de grandeur et à la nécessité du maintien. M. le préfet de police a cru devoir appeler mon attention sur l'inexactitude supposée du certificat de mon chef de clinique et me demander d'exercer une surveillance personnelle sur les certificats de sortie délivrés dans mon service. Le premier examen que j'ai fait de Mlle Le V... m'avait donné l'impres-

sion que mon assistant s'était effectivement trompé, mais une enquête un peu plus attentive m'a amené à penser qu'au contraire il avait raison contre le médecin de l'Infirmerie spéciale et contre le médecin inspecteur, que, par conséquent, les observations de M. le préfet de police, comme j'ai eu l'honneur de le lui faire savoir, étaient sans fondement.

Les faits invoqués par la malade étaient réels, mais les renseignements manquèrent pour que les médecins pussent se faire une opinion précise.

En somme, je ne vous présente pas Mlle Le V... comme un type de parfaite équilibration psychique. Je la tiens comme en état de très légère subexcitation; j'admettais, si l'on veut et à la rigueur, qu'elle présente les caractères de la tournure paranoïaque de l'esprit. Mais je ne crois pas qu'on puisse à son propos parler vraiment de délire.

En tout cas, je demande à mes collègues s'ils estiment que cette malade doive être maintenue ici ou remise en liberté.

A propos de cette malade, je ferai observer en terminant combien est fâcheux le défaut de renseignements dans lequel l'administration laisse le médecin traitant. Il existe un volumineux dossier d'enquête parfois, en tout cas des renseignements souvent précieux, dont le médecin traitant n'a pas connaissance. Il y a là, certainement, une lacune grave et je crois qu'il y aurait intérêt à émettre, au nom de la Société, le vœu que, dorénavant, un résumé de l'enquête administrative et particulièrement le rapport du commissaire de police, sinon tout le dossier, suive le malade dans le service où il est envoyé.

Les membres de la Société, après avoir examiné la malade et discuté les particularités de son cas, sont unanimement d'avis qu'il n'y a pas lieu de la maintenir internée.

Ils émettent ensuite le vœu *qu'en cas de placement d'office, le rapport de police qui a motivé la conduite à l'Infirmerie spéciale soit joint au certificat rédigé à l'Infirmerie et accompagne le malade.*

Paralysie générale simulant une démence par lésions circonscrites

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN complètent l'observation présentée à la dernière séance :

En résumé, tableau clinique démentiel chez une vieille femme, caractérisé par un *début* brutal, par ictus répétés, une *évolution* rapide, des *signes physiques* tels que lymphocytose rachidienne, dysarthrie, tremblement de la langue, en faveur d'une paralysie générale, et des *troubles psychiques*, tels qu'affaiblissement lacunaire de l'intelligence et de la mémoire, contrastant avec une certaine vivacité de l'attention, la fréquente justesse des réflexions, la conscience relative de la situation et les efforts tentés pour évoquer les souvenirs rebelles, en faveur de lésions en foyer, de même que l'hémiparésie droite avec signe de Babinski.

Et *tableau anatomique* méningo-encéphalique, caractérisé par une *méningite* scléreuse et lymphocytique et une *encéphalite* atrophique faite de disparition des fibres tangentielles en général, de sclérose névroglique et de périvascularite, discrète, mais incontestable.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juin 1911. — Présidence de M. Dupré.

(Suite.)

Réactions électriques des muscles dans deux cas de myopathie

MM. BOURGUIGNON et HUET. — Nos deux malades sont très comparables et ne diffèrent que par le degré de l'amyotrophie. Or, il est à remarquer que la deuxième malade, dont la maladie a un début nettement plus récent, présente au bras NFTe et PFTe, que le premier ne présente qu'à l'avant-bras et à la main.

Chez les deux malades il est remarquable que le trapèze est très atrophié, et que l'angulaire de l'omoplate est très puissant et que c'est ce muscle qui présente la réaction qui se rapproche de la réaction myotonique.

Il nous semble donc que ces réactions sont des réactions propres au début de la myopathie. Mais nous ne voulons, à l'heure actuelle, faire aucune tentative d'interprétation, car nous allons compléter l'examen de la deuxième malade, et terminer celui d'autres myopathiques qui sont en cours d'études.

Nous avons voulu simplement, aujourd'hui, montrer ce que nous avons observé dans deux cas très comparables en ce que ce sont des myopathies peu anciennes. Il est à remarquer que ce sont les muscles les moins pris qui nous ont donné ces réactions que nous pouvons résumer de la façon suivante :

1° Tétanisation par le courant galvanique aux deux pôles plus facile qu'à l'état normal ;

2° Secousses d'ouverture aux deux pôles plus faciles qu'à l'état normal ;

3° Réaction se rapprochant de la réaction myotonique dans les muscles du cou.

Peut-être y aura-t-il lieu de rapprocher de cette réaction, l'apparition facile de la tétanisation à NF et à PF, que nous avons constatée dans d'autres muscles et qui nous a incités à rechercher tout particulièrement la réaction myotonique.

Surrénalite, accès d'asthénie et d'agitation

M. A. GALLAIS. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un addisonien chronique de 49 ans, du service de M. le professeur Gilbert Ballet. La surrénalite a évolué en vingt et un ans. Le malade présente une tumeur pigmentaire de l'iris droit s'accompagnant de myosis unilatéral réflexe dont la formation est rattachée cliniquement à l'apparition de la mélanodermie. Le malade a présenté douze accès d'asthénie aiguë avec dépression mélancolique et hallucinations et se terminant chaque fois par une phase d'agitation intellectuelle et kinétique. Le caractère clinique et la périodicité des accès rendent délicat le diagnostic de cette affection avec la psychose périodique.

L'étude de cette observation met en évidence *trois points intéressants* que nous tenons à relever.

Ce sont : 1° l'évolution prolongée de cette surrénalite addisonienne chronique ;

2° La tumeur pigmentaire de l'iris ;

3° La forme des accès et leur répétition périodique.

I. — *La surrénalite chronique* observée appartient tout d'abord au *type addisonien. L'étiologie* est constituée par l'infection tuberculeuse lors d'une coxalgie. Le *syndrome est complet*, constamment sont notés dans les accès : l'asthénie, les troubles gastro-intestinaux, les douleurs lombaires; quant à la mélanodermie, elle est restée permanente.

Mais tandis que la maladie d'Addison classique, une fois constituée, évolue généralement entre un et trois ans, *ici l'évolution se fait en vingt et un ans jusqu'à ce jour*, peut-être davantage, puisque c'est à huit ans au moment de la coxalgie que se sont montrées les premières manifestations hyperchroniques.

Cette surrénalite addisonienne chronique présente une évolution remarquablement lente et consacrée par l'*artério-sclérose.*

D'autre part, *sa marche par accès en fait une forme intermittente.*

Le *pronostic reste sombre* et la mort dans un accès aigu est à craindre.

L'évolution vers l'artério-sclérose ne nous a pas autorisé à soumettre cette fois notre malade à l'*opothérapie.*

II. — La *tumeur mélanique de l'iris droit* est cliniquement rattachée *à la mélanodermie générale.* Le *myosis* unilatéral qu'elle provoque par un *mécanisme réflexe réactionnel* analogue au myosis symptomatique des corps étrangers de la chambre antérieure a été constamment signalé depuis les premiers accidents. *Il remonte au début de l'affection* et, par l'inégalité pupillaire qu'il entraîne avec la raideur contractile apparente de l'iris, il aurait pu à un examen trop rapide en imposer pour un symptôme autrement grave.

III. — *La forme des accès et leur répétition périodique* est le fait dominant de l'histoire de notre malade.

a) *La forme des accès* leur donne à tous un lien de parenté évident. Tous ils ont les mêmes caractères essentiels : 1° *début brusque asthénique*, l'asthénie ayant le double caractère d'être musculaire et mentale s'est parfois accompagnée de vertiges et d'état syncopal.

2° *Adjonction à l'asthénie d'idées mélancoliques secondaires avec hallucinations;*

3° *Succession à cet état asthénique d'un état d'agitation intellectuelle et kinétique ayant les caractères suivants :* logorrhée, euphorie, agitation motrice. Cet état d'agitation plus ou moins subintrant au premier s'est toujours prolongé au delà de l'état dépressif.

4° *Dans l'accès que nous avons observé nous-même*, l'évolution de l'asthénie aiguë vers l'agitation intellectuelle et kinétique s'est accompagnée d'une *ascension progressive de la pression artérielle* allant de l'hypotension jusqu'à l'hypertension excessive. Cette marche croissante vers l'hypertension s'est faite en raison inverse de la rapidité du pouls; ce qui est tout à fait naturel.

b) *La périodicité des accès* avec leur double caractère de dépression avec mélancolie secondaire et d'agitation intellectuelle et kinétique montre combien est délicat ici le *diagnostic avec la psychose périodique.*

Secousses myocloniques au cours d'une monoplégie corticale

MM. TINEL et CAIN. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade qui est entré le 20 avril 1911, à l'hôpital Laënnec, pour une sorte d'état myoclonique du membre inférieur gauche. En effet, les seuls troubles constatés consistaient en violentes secousses rythmiques de tout le membre inférieur gauche, à peu près continuelles et ne subissant, même la nuit, que de courtes accalmies incomplètes et passagères.

Au bout d'une dizaine de jours, des troubles paralytiques se sont nettement superposés sur le membre inférieur gauche à cet état d'apparence myoclonique. Il s'agissait d'une paralysie spasmodique avec exagération du réflexe rotulien, trépidation épileptoïde et signe de Babinski. On pouvait constater également quelques légers troubles de la sensibilité, portant principalement sur l'extrémité du membre atteint, et dont le plus net consistait en grosses erreurs de localisation.

Cette paralysie strictement limitée au membre inférieur gauche et portant uniquement sur les mouvements volontaires, n'avait en rien diminué la violence et la continuité des secousses cloniques. Mais elle permettait dès lors de leur attribuer comme origine une irritation corticale; il s'agissait d'une monoplégie crurale, par lésion corticale en foyer, précédée et accompagnée de ces secousses continues à allures myocloniques, dans lesquelles il fallait reconnaître un simple équivalent d'épilepsie jacksonienne.

Cet état de paralysie et de secousses cloniques à peu près ininterrompues a persisté pendant une quinzaine de jours environ. Jamais les secousses épileptiques n'ont atteint le membre supérieur ni la face; pendant certains paroxysmes on a seulement constaté une participation de la partie inférieure de la paroi abdominale. De même, aucune modification des réflexes, aucun trouble paralytique n'a été constaté au membre supérieur ou à la face. Les troubles paralytiques et épileptiques étaient donc strictement limités au membre inférieur gauche.

Bien qu'on ne rencontrât dans ce cas aucun souvenir et aucun stigmate personnel de spécificité, le traitement spécifique a été institué; d'autant plus que la femme du malade paraît atteinte de paralysie générale. Il a rapidement déterminé une amélioration considérable. Le malade peut de nouveau mouvoir son membre inférieur, et commence même à marcher avec un aide; les secousses cloniques, auparavant ininterrompues, ne surviennent plus que par crises de trois à quatre minutes, se reproduisant à peu près toutes les vingt minutes; les signes spasmodiques ont à peu près disparu; il n'existe plus de trépidation épileptoïde, mais le réflexe rotulien est encore très fort, et surtout le signe de Babinski persiste toujours.

Bien que la ponction lombaire n'ait montré aucune modification du liquide, il nous semble probable qu'il s'agissait dans ce cas d'une plaque de méningite spécifique en foyer, se traduisant par des symptômes de monoplégie crurale, et surtout par des signes d'irritation corticale qui ont précédé et accompagné la monoplégie; ces secousses cloniques, rythmiques, de grande amplitude et à peu près ininterrompues, ne se propageant pas aux autres parties du corps, n'étaient qu'une forme anormale et une sorte d'équivalent des crises classiques d'épilepsie jacksonienne.

Radiothérapie du goitre exophtalmique

MM. P. MARIE, CLUNET et RAULOT. — Depuis deux ans, nous avons eu l'occasion de traiter, tant en ville qu'à l'hospice de Bicêtre et à la Salpêtrière, sept cas de maladie de Basedow. Les bons résultats que nous avons obtenus nous paraissent dus à des modifications de technique intéressantes à signaler. Au lieu d'employer des doses faibles (au-dessous de 5 H) répétées au plus une fois chaque semaine, en utilisant des rayons non filtrés, ou filtrés avec quelques dixièmes de millimètres d'aluminium seulement, nous avons recours maintenant à des doses massives (séances d'une heure, 10 H et plus), répétées jusqu'à deux fois par semaine. Mais les rayons utilisés sont toujours filtrés avec *quatre millimètres d'aluminium* au moins. Nous espaçons pro-

gressivement les séances à mesure de l'amélioration obtenue, mais sans changer de technique, même dans les dernières.

Dans ces conditions, nous n'avons jamais eu de radiodermite ni de télangiectasies, seulement une légère pigmentation des téguments analogue au hâle et disparaissant six mois après la cessation des rayons.

Chez presque tous nos malades nous avons observé après les deux ou trois premières séances une *aggravation* de tous les symptômes : augmentation de volume du cou pouvant atteindre 3 et 4 centimètres de circonférence, augmentation de l'instabilité nerveuse, de l'insomnie, de la tachycardie, du tremblement. Le poids et l'exophtalmie semblent peu modifiés. Les malades paraissent d'autant plus sensibles à l'action thérapeutique ultérieure des rayons que l'exagération des phénomènes morbides a été plus nette au début.

Après cette période d'aggravation, *période de latence* pendant laquelle on ne voit aucune modification clinique appréciable. Cette seconde période parait d'une durée très variable, quinze jours à un mois le plus souvent, mais nous l'avons vu se prolonger dans un cas plus de deux mois, et nous étions sur le point de renoncer à la radiothérapie, jugeant le cas rebelle à cette médication, lorsque les phénomènes d'*amélioration* ont brusquement apparu.

Les divers symptômes ne s'amendent pas toujours dans le même ordre, chez les divers malades. Le plus souvent c'est l'amaigrissement qui cède le premier, puis les phénomènes d'instabilité nerveuse : irritabilité, inquiétude, insomnie ; la tachycardie et le tremblement, dont l'évolution semble parallèle chez beaucoup de malades, cèdent ensuite ; et pendant longtemps les courbes du pouls accusent une chute sensible deux ou trois jours après la séance, pour remonter au bout de quelques jours si une nouvelle séance n'intervient pas. Les phénomènes oculaires paraissent résister bien davantage encore au traitement : les phénomènes subjectifs, douleurs oculaires, accrochement du regard, disparaissent le plus souvent assez vite ; mais l'exophtalmie ne s'atténue qu'après de longs mois et certains malades paraissant guéris de tous les autres symptômes, conservent les yeux saillants.

Les échecs nombreux de nos devanciers, nos propres échecs au début dans la radiothérapie de la maladie de Basedow nous paraissent dus à l'emploi de doses trop faibles et de rayons trop mous. Nous croyons que nos bons résultats sont dus à l'emploi de *doses fortes de rayons durs*, avec exclusion totale des rayons mous par des *filtres épais*.

Paraplégie spasmodique et amaurose

M. NOICA et Mlle LIVOOSKI. — Il s'agit d'un cas d'amaurose du côté gauche, survenue brusquement chez un jeune homme, qui présentait, sans le savoir, des phénomènes de paraplégie spasmodique, avec prédominance à droite.

Quant à la cause de cette affection, il nous est difficile de nous prononcer, à moins que tous ces troubles soient consécutifs à la fièvre typhoïde que le malade a eu une année avant. Dans ce cas, le diagnostic le plus probable nous paraît être celui de la sclérose en plaques.

Notre ami, le docteur Michel, a eu l'obligeance de chercher la réaction de Wassermann dans le liquide rachidien et dans le sang de ce malade et le résultat de son examen a été négatif. De même, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne lui a decelé rien d'anormal. Fait à ajouter, et le malade nous paraît de bonne foi, il n'a jamais eu encore de rapports sexuels.

Un examen complet d'urine, fait par notre ami M. le docteur Rubin, et la preuve de l'élimination du bleu de méthylène faite par l'un de nous, n'ont rien decelé d'anormal.

Trois cas de sclérose latérale amyotrophique

MM. KINDBERG et CHATELIN montrent une fois de plus l'aspect si varié que peut revêtir la sclérose latérale amyotrophique : dans le premier cas, évolution particulièrement lente des accidents bulbaires, tardive et presque nulle des troubles moteurs; dans le second, mêmes symptômes presque exclusivement bulbaires, mais allure rapide à un âge avancé; enfin dans le troisième, amyotrophie marquée, développée en un an, des membres supérieurs, sans accident bulbaire notable. Mais un symptôme commun les relie : la spasmodicité, fait sur lequel Charcot, même avant l'étude méthodique des réflexes tendineux par Westphal, avait si justement insisté.

Quant à expliquer la variabilité si grande de l'aspect clinique, il ne semble pas qu'à l'heure actuelle aucune hypothèse en soit capable. On sait la multiplicité des lésions anatomiques. La localisation primitive peut être cérébrale et se faire en différents points de l'écorce motrice; dans d'autres cas, elle pourrait être d'emblée bulbaire, dans d'autres médullaire.

Du reste, les dégénérations du faisceau pyramidal ne paraissent pas dans l'affection qui nous occupe suivre les mêmes lois que dans les hémiplégies banales. L'évolution clinique se fait en effet suivant une marche aussi bien ascendante que descendante.

Séance du 29 juin 1911. — Présidence de M. Dupré.

Dix cas de pachyméningite hémorragique

MM. MARIE, ROUSSY et LAROCHE. — Notre attention a été attirée dans ces derniers temps sur la fréquence des pachyméningites trouvées à l'autopsie des vieillards, principalement dans leur forme hémorragique. Depuis un an et demi environ, nous avons pu en recueillir une dizaine d'observations dont nous présentons les pièces et les préparations à la Société.

Tous ces cas ont été des trouvailles d'autopsie chez des vieillards hospitalisés dans les divisions de Bicêtre ou de la Salpêtrière, aucun des malades porteurs de ces lésions n'ayant pendant la vie présenté un ictus ou des troubles nécessitant leur transfert à l'infirmerie. L'étude comparée de ces différents cas, à des étapes diverses du processus pachyméningitique, permet de saisir toutes les transitions depuis la lésion débutante formée par le simple épaississement dure-mérien avec dépôt gélatiliforme ou fibrineux de la face interne, avec piqueté hémorragique ocreux ou congestion vasculaire, en passant par les formes franchement hémorragiques avec exsudation sanguine diffuse, jusqu'aux lésions les plus anciennes formant les hématomes de la dure-mère à leur période d'état ou à leur phase de régression et d'enkystement fibreux.

Nous ne ferons aujourd'hui qu'insister sur la fréquence et la latence des pachyméningites trouvées à l'autopsie chez le vieillard et sur le fait que presque dans tous les cas il n'a pas été relevé de traumatisme. Il y a donc lieu de rechercher systématiquement ces pachyméningites, et pour cela nous procédons de la façon suivante. Au lieu de pratiquer l'ouverture de la dure-mère à l'autopsie suivant deux lignes antéro-postérieures, parallèles au sinus longitudinal postérieur, nous faisons systématiquement l'incision circonférentielle aux ciseaux, parallèlement à la section osseuse de la calotte cranienne. Aussi le cerveau est enlevé avec la plus grande partie de la dure-mère de la

convexité; la pièce emportée au laboratoire peut être examinée avec soin et les lésions discrètes risquent moins de passer inaperçues.

L'étude comparative, tant au point de vue macroscopique que microscopique d'une série de cas comme ceux que nous venons de présenter, est en outre des plus instructives au point de vue du processus histogénétique des pachyméningites hémorragiques encore assez mal élucidé. Mais c'est là une question sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Sur certaines angiectacies capillaires des centres nerveux

M. CLAUDE et M[lle] LOYEZ. — Il s'agit de néoformations constituées par des dilatations capillaires formant des sortes de sinus caverneux, trouvés dans la protubérance et la moelle cervicale. Les préparations présentées montrent que le sang est altéré dans ses vaisseaux : globules rouges ayant perdu leur colorabilité; leucocytes (surtout polynucléaires) très nombreux; thromboses partielles ou totales.

Le tissu environnant est infiltré de sérosité, et toutes les cellules nerveuses qu'il renferme contiennent un pigment sanguin noir; il y a prolifération névroglique autour de la lésion médullaire, plus ancienne.

Ces lésions paraissent avoir évolué sans symptômes appréciables. Toutefois, les auteurs se demandent si de semblables lésions ne pourraient provoquer certains troubles fonctionnels ou être la cause d'hémorragies.

M. J. LHERMITE. — Avec M. Pierre Marie nous avons observé dans la protubérance, un état analogue à celui dont M. Claude vient de tracer les caractères. Macroscopiquement on aurait pu penser à une hémorragie récente du pont de Varole, tandis que le microscope nous montra qu'il s'agissait de dilatation des vaisseaux : artérioles, veinules et surtout capillaires gorgés de globules rouges. Le tissu nerveux dans lequel ces ectasies angiomateuses étaient situées n'était pas sensiblement modifié en dehors de quelques blocs calcaires épars. Nous avons constaté la présence de thromboses anciennes organisées dans quelques vaisseaux de telle sorte que l'on peut considérer avec vraisemblance la dilatation excessive du réseau capillaire comme une marque de suppléance casculaire destinée à assurer la régularité de la circulation.

Deux cas de chiromégalie dans la syringomyélie

MM. ROUSSY et LHERMITTE. — Nous avons affaire à deux cas typiques de chiromégalie dans la syringomyélie. Relatons comme particularités cliniques que, dans ces deux observations, il s'agissait d'une hypertrophie considérable diffuse et totale de la main avec, dans l'une des deux, augmentation de volume de l'avant-bras et du bras du même côté. Mais, remarquons que si dans le cas II les troubles moteurs et sensitifs sont superposés aux troubles trophiques (chiromégalie), dans l'autre, cas I, les troubles sont dissociés et la motricité comme la sensibilité sont normales sur la main atteinte d'hypertrophie.

En outre, dans ces deux cas, on avait affaire à la forme spasmodique de la syringomyélie de Pierre Marie et Guillain, se représentant non pas sous la forme bilatérale habituelle et décrite par ces auteurs, mais sous le type hémiplégique.

Chez ces deux malades, en effet, le diagnostic primitif porté fut celui d'hémiplégie spinale.

Au point de vue anatomique, nos observations présentent d'étroites analogies. En effet, l'examen de la moelle montre que les lésions sont exclusivement limitées à la région cervicale et à la moitié inférieure du bulbe où elles acquièrent leur maximum d'intensité. De plus, chez Lanton... comme chez Briss..., le processus syringomyélique est sinon exclusivement unilatéral, du moins prédomine nettement d'un côté. Dans un cas (cas I), il s'agit d'un gliome non excavé; dans l'autre, d'une cavité à parois névrogliques.

Ces lésions expliquent parfaitement, par la dégénération du faisceau pyramidal dont elles s'accompagnent, les symptômes paréto-spasmodiques à type hémiplégique, mais éclairent peu par leur topographie la pathogénie encore si obscure de la chiromégalie.

En effet, si chez Lanton..., atteint d'*hémiplégie spasmodique gauche* avec chiromégalie du *même côté*, la cavité syringomyélique occupe l'*hémi-moelle gauche* et l'*hémi-bulbe droit*, chez Briss..., au contraire, présentant une *hémiplégie droite* avec *chiromégalie gauche*, le gliome siège dans l'*hémi-moelle droit* et l'*hémi-bulbe gauche*.

La situation de la lésion ne saurait donc expliquer le trouble trophique du côté opposé aux phénomènes paréto-spasmodiques.

Altérations dues à une interruption de la circulation

M. SAND (Bruxelles). — Un jeune homme présente une syncope pendant la narcose chloroformique; après une heure le cœur recommence à battre et la mort survient neuf jours après.

L'autopsie, pratiquée, douze heures après la mort, montre de l'œdème du cerveau, de la moelle épinière et des poumons, de la stase sanguine dans les poumons et le foie, et une thrombose veineuse du rein droit.

L'examen microscopique décèle une multiplication des cellules et des fibres de la névroglie, une dilatation notable des vaisseaux, une prolifération très nette de l'endothélium et des cellules de l'adventice.

Les altérations des cellules nerveuses se répartissent suivant trois lois :

1° Les cellules motrices sont moins atteintes que les sensitives;

2° Les grandes cellules sont moins atteintes que les petites;

3° Les lésions vont croissant dans l'ordre suivant : bulbe, moelle épinière, noyaux gris de la base, écorce cérébrale, écorce cérébelleuse.

M. DUPRÉ. — Ne pourrait-on pas songer au rôle joué par l'intoxication chloroformique?

M. René SAND. — Je ne crois pas que l'on puisse incriminer l'intoxication chloroformique; en effet, dans le cas que je décris, les cellules du foie ne sont que légèrement infiltrées de graisse et de pigment biliaire, alors que l'empoisonnement par le chloroforme entraîne des lésions hépatiques beaucoup plus profondes.

Destruction de la IIIe frontale gauche, absence d'aphasie

M. SAND. — Un homme de 49 ans, présente une hémiplégie droite flasque; dysarthrie sans aphasie.

Les coupes transversales du cerveau, faites en série à 80 microns d'épaisseur, par la méthode de Stœltzner (formol, celloïdine, perchlorure de fer, hématoxyline, différenciation au perchlorure de fer dilué), qui donne, avec plus de facilité, les mêmes résultats que le procédé de Weigert-Pal, montrent la destruction d'une grande partie de F^1, de F^2 et du cap de F^3, de tout le

pied de F^3, d'une partie de Fa et de Pa, de l'insula, de la capsule externe, de la capsule extrême, de l'avant-mur. Il existe un petit foyer de ramollissement dans le noyau caudé et un foyer semblable dans le noyau lenticulaire.

Ce cas est exceptionnel :

1° Par la précision des renseignements obtenus sur les antécédents du malade et sur ses habitudes de droitier ;

2° Par le fait qu'il a été observé à l'hôpital, depuis le dixième jour après l'ictus jusqu'à sa mort ;

3° Par l'étendue des lésions, qui ne laisse aucun doute sur la destruction totale du pied de F^3

M. P. MARIE. — Depuis cinq ans que j'ai publié mon premier essai de révision de l'aphasie, je déclare n'avoir jamais rencontré un cas dans lequel à une lésion de F^3 correspondaient des troubles aphasiques, tandis qu'à plusieurs reprises j'ai observé des malades atteints d'aphasie de Broca chez lesquels il n'existait aucune lésion de F^3, et, d'autre part, comme je viens de le dire, les cas de lésion F^3 sans aphasie tel que celui présenté par M. René Sand apportent en faveur de ma doctrine la preuve la plus absolue.

M. DEJERINE. — Nous ne sommes pas renseignés sur l'état de la parole dans ce cas pendant les dix premiers jours de son affection, avant l'entrée du malade à l'hôpital. Enfin, ce n'est que sur les renseignements fournis par la personne chez qui il logeait que l'on affirme qu'il n'était ni gaucher ni ambidextre. Ce n'est pas là une affirmation bien probante et il est regrettable que l'on ne se soit pas assuré du fait en interrogeant le malade lui-même pendant les cinq semaines de son séjour à l'hôpital.

Je ne voudrais pas rouvrir aujourd'hui une nouvelle discussion sur la localisation de l'aphasie motrice, mais je ne puis m'empêcher de dire à notre collègue M. Pierre Marie que je ne suis pas du même avis que lui sur la signification du cas présenté par M. René Sand. Même en admettant comme prouvé — et la preuve, pour moi, n'est pas complètement faite — que ce malade fût droitier, ce cas plaide *tout autant* contre la localisation de l'aphasie motrice dans la zone lenticulaire que contre la localisation de Broca. En effet, dans le cas de M. René Sand, la zone lenticulaire est lésée, car l'insula, la capsule extrême, l'avant-mur, la capsule externe sont complètement détruits dans toute leur étendue. Il existe, en outre, de petits foyers de ramollissement dans les noyaux caudé et lenticulaire. M. Pierre Marie nous dit qu'il a observé plusieurs cas de destruction de la circonvolution de Broca sans aphasie. Je connais trois de ces cas rapportés dans la thèse de M. François Moutier. Dans notre discussion d'il y a trois ans, je faisais déjà remarquer à propos de ces cas que l'on ne donnait aucun renseignement pathologique sur le passé de ces malades avant leur entrée à Bicêtre. Or, on sait que l'aphasie motrice peut guérir. J'en ai, pour ma part, rapporté des exemples. Enfin, dans les trois cas de M. François Moutier, il en est deux dans lesquels, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer autrefois, il existe de *grosses* lésions de la zone lenticulaire. Du reste, de nouveaux cas de lésions très étendues de la zone lenticulaire chez des droitiers et n'ayant déterminé aucun symptôme d'aphasie ont été publiés depuis : Mahaim, 2 cas ; Liepmann, 2 cas ; Van Gehuchten, 1 cas. Somme toute, aujourd'hui les cas de lésion de la zone lenticulaire sans aphasie sont *plus nombreux* que ceux faisant exception à la loi de Broca. Cette zone lenticulaire est, du reste, très étendue, puisqu'elle contient le tiers moyen de l'hémisphère, la corticalité comprise. Je demanderai à notre collègue M. Pierre Marie, de bien vouloir nous dire s'il place la fonction du langage articulé dans cette zone tout entière ou seulement dans une de ses parties.

Atrophie croisée du cervelet

MM. LHERMITTE et KLARFELD. — Il s'agit selon toute évidence d'une atrophie contro-latérale de l'hémisphère cérébelleux droit consécutive à un foyer d'encéphalite du lobe occipital survenue avant l'âge de 3 ans. Au point de vue anatomique l'atrophie cérébelleuse croisée peut être rangée, au moins dans certains cas comme le nôtre, dans le groupe des *atrophies numériques* décrites par M. Klippel, atrophies qui, on le sait, ont pour caractéristiques d'être liées à la diminution du nombre des éléments anatomiques d'un organe et de se manifester d'une manière d'autant plus saisissante que la lésion primordiale a frappé le sujet à un âge moins avancé.

Les atrophies séniles du cortex

MM. LHERMITTE et KLARFELD. — De ces atrophies, les unes nous apparaissent comme liées à un processus vasculaire, nous les appellerons *atrophies dégénératives;* les autres en sont tout à fait indépendantes, ce sont les *atrophies pures.* Les atrophies dégénératives se présentent au microscope sous trois types fondamentaux : *l'état articulé, l'état aréolaire, la nécrose miliaire.*

En face de ce groupe des atrophies séniles dégénératives, vient se placer celui des *atrophies pures*, indépendantes celles-ci des lésions vasculaires. Certes, on ne saurait s'attendre, chez un vieillard, à trouver un réseau vasculaire indemne et même dans l'atrophie pure la moins discutable, les vaisseaux ont leurs parois un peu épaissies, mais du moins les modifications qu'ils présentent sont moins des lésions pathologiques que l'inéluctable marque des années.

Paralysie pseudo-bulbaire chez un enfant

MM. LEJEUNE et LHERMITTE. — Il s'agit d'un enfant ayant présenté une paralysie intense, de la langue et des lèvres, moins forte des muscles masticateurs et du voile du palais, hémiplégie spasmodique légère.

A l'autopsie, on constata la présence dans le centre ovale des plaques de démyélinisation très étendues contenant des corps granuleux sur lesquelles tranchaient des îlots complètement décolorés. Au microscope, ces îlots et ces aires démyélinisées contenaient peu de fibres nerveuses séparées par des fibrilles névrogliques. Autour des vaisseaux s'accumulaient des corps granuleux et des amas de granulations graisseuses libres.

Dans le corps strié, surtout dans le noyaux lenticulaire atrophié des deux côtés, existaient de véritables lacunes avec d'abondants corps granuleux. Il n'existait pas à proprement parler de dégénérescence de la capsule interne, mais seulement celle-ci se colorait un peu moins intensivement dans son segment postérieur. Le bulbe était normal, ainsi que le cervelet et la moelle au niveau de laquelle les aires des F. Py croisés paraissaient tout au plus un peu plus claires que normalement après la méthode de Pal. Ces lésions expliquent parfaitement le syndrome observé, car l'on sait aujourd'hui le rôle que jouent dans la phonation et la déglutition les noyaux centraux et principalement le noyau lenticulaire.

Atrophie musculaire d'origine syphilitique

M. Ch. FOIX. — A côté des cas d'atrophie musculaire progressive à type Aran-Duchenne, il existe des malades présentant des mains d'Aran-Duchenne plus ou moins typiques chez lesquels l'amyotrophie est progressive.

Les auteurs insistent peu sur ces faits, et les rattachent en général à des altérations de névrite ou de radiculite. Dans un cas récent de M. Long, il s'agissait de névrite interstitielle hypertrophique.

Nous en rapprocherons les cas de *névrite par compression* (?) publiés récemment par Ramsay Hunt. Cet auteur distingue un type thénar et un type hypothénar de ces névrites et leur attribue des atrophies isolées non évolutives des petits muscles de la main. Le type thénar serait dû à la compression du nerf médian, le type hypothénar à la compression du nerf cubital. L'article de Ramsay Hunt ne comporte pas d'examen anatomique.

Dans le cas que nous rapportons, cas répondant cliniquement à des atrophies des éminences thénar et hypothénar avec participation des interosseux, la lésion siège au contraire sur la corne antérieure, mais il ne s'agit ni d'une lésion en foyer, ramollissement ou hémorragie.

C'est une destruction localisée de la corne antérieure, destruction uni- ou bilatérale, sans grande réaction inflammatoire, sans altération de la substance blanche avoisinante. A son maximum, la lésion entraîne la fonte complète de la corne antérieure, la postérieure étant relativement respectée, d'où le nom de néphro-malacie antérieure que nous proposons de lui donner.

Dans les trois cas, il existe une méningite chronique très marquée, avec de grosses lésions vasculaires particulièrement de l'artère spinale antérieure et de ses branches. Ces lésions vasculaires d'endo-périastérite nous paraissent donner la clef du processus. Il se produit une fonte lente de la corne antérieure (téphro-malacie) par insuffisance de l'irrigation artérielle.

L'origine de cette artérite est dans nos trois cas la même, à savoir la syphilis. Notre premier malade était un tabétisant avec signe unilatéral, réflexe achilléens abolis, réaction de Wassermann positive, lymphocytose rachidienne. Il est mort d'un ictus protubérantiel. Le deuxième était atteint de tabes avec hémiplégie gauche. Sur le troisième, les renseignements cliniques manquent, mais il présente comme les autres, il est vrai un peu moins, des lésions de méningite chronique.

M. DEJERINE. — Les faits rapportés par M. Foix seraient très intéressants et d'un grand intérêt pour la question des localisations motrices spinales, s'ils n'étaient pas contradictoires entre eux. Dans les deux premiers en effet, M. Foix nous dit avoir constaté une atrophie de la corne antérieure dans les VIe et VIIe segments cervicaux et dans le troisième cas cette atrophie n'existe que dans le VIIIe segment. Or, dans ces trois cas, la symptomatologie a été la même et consistait dans une atrophie musculaire limitée aux muscles de la main. On sait aujourd'hui que les muscles de la main ne reçoivent aucune fibre provenant des VIe et VIIe racines antérieures cervicales et on sait aussi par le cas de Prevost et David (1874) qu'une partie seulement des muscles de la main, l'éminence thénar en particulier, est innervée par le VIIIe segment cervical. On sait également que la plus grande partie des interosseux et l'éminence hypothénar sont sous la dépendance du Ier segment dorsal. Or, dans les trois cas rapportés par M. Foix, il n'est pas mentionné de lésions dans la corne antérieure de ce segment.

TRAVAUX ORIGINAUX

Othématome et tumeurs séro-albumineuses du pavillon de l'oreille

par le Dr Bouchaud (Lille)

On donne le nom d'othématome à une tumeur du pavillon de l'oreille, que l'on observe dans diverses affections, chez les aliénés surtout, et dont les caractères sont d'être molle, fluctuante, et de donner issue, quand on l'incise, à du sang pur ou à un liquide sanguinolent; elle guérit habituellement en quelques semaines, mais elle laisse après elle une déformation le plus souvent indélébile et caractéristique, sous forme de bosselures plissées et dures.

Nous avons publié, dans les *Annales médico-psychologiques,* en 1904, et dans l'*Encéphale,* en 1910, des observations qui établissent que l'on découvre parfois, au lieu de sang, un liquide clair et incolore, ou coloré seulement par un petit nombre d'éléments sanguins, et que si, en pareil cas, on intervient dès le début, la tumeur guérit en ne laissant d'autres traces qu'une légère cicatrice.

Nous venons d'observer deux faits nouveaux qui confirment notre manière de voir. Dans le premier cas, la tumeur ne contenait qu'un liquide séro-albumineux, et une incision, pratiquée dès le début, a été suivie d'une cicatrice à peine visible et l'oreille a conservé son aspect normal. Dans le second cas, le liquide, qui était séro-sanguinolent, a été le produit d'un épanchement de sang qui s'est ajouté à un liquide séro-albumineux préexistant. La tumeur abandonnée à elle-même, n'ayant été l'objet d'aucun traitement, l'oreille, comme c'est la règle, s'est ratatinée, bosselée, elle est devenue difforme.

Observation I. — Vas... René, âgé de 43 ans, est atteint depuis six mois de troubles des facultés mentales, caractérisés par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution.

Il entend des paroles injurieuses, on l'accuse d'être un voleur, un assassin; profondément triste, anxieux, il s'agite et se défend; il ne cesse de répéter qu'il est bon, honnête et qu'il n'est pas coupable; il ajoute qu'il n'est pas malade et il veut absolument sortir.

Très tourmenté, ne dormant pas et refusant de prendre le moindre aliment, il dépérit graduellement.

On le maintient au lit et il reste habituellement couché sur le côté gauche, mais son tronc, ses membres, sa tête surtout, sont sans cesse

en mouvement. Pour l'alimenter, on est obligé d'employer la sonde et, comme il résiste énergiquement, on doit fixé sa tête en l'appliquant sur la poitrine avec le bras gauche placé sur le côté opposé.

Le 10 mai, notre attention est attirée par l'aspect anormal que présente l'oreille gauche. Elle est le siège d'une simple congestion assez intense, caractérisée par une rougeur diffuse, sans douleur manifeste, même à la pression ; il est vrai que la perception des sensations est affaiblie.

Outre la congestion, on aperçoit une tumeur qui est de date récente, elle a débuté il y a trois jours, et elle a peu à peu augmenté de volume. Elle est saillante et bien circonscrite Elle occupe la moitié antérieure de la fosse naviculaire et elle s'étend à la conque en suivant la rainure de l'halix, molle et fluctuante dans toute son étendue; sa couleur ne diffère pas de celle des parties environnantes.

Examinée par un temps clair, près d'une croisée, elle se laisse traverser par les rayons lumineux ; elle est presque aussi transparente que le reste de l'oreille.

Nous faisons une ponction avec le trocart d'une seringue à injections sous-cutanées et, par aspiration, nous obtenons un liquide qui, transparent et légèrement jaunâtre, ne contient aucun élément sanguin. La tumeur se vide et se réduit complètement.

11 mai. — La tumeur s'est reproduite en partie, elle est moins volumineuse, moins distendue qu'avant l'opération. Le pavillon de l'oreille est encore rouge, sans être ni enflammé ni douloureux à la pression.

12 mai. — Le malade n'ayant cessé de porter ses doigts à son oreille et d'agiter sa tête en tous sens, l'oreille est devenue plus rouge, un peu tuméfiée et légèrement enflammée. La tumeur a repris son volume primitif, elle est distendue et, quoique encore transparente, elle se laisse moins bien traverser par les rayons lumineux.

Nous faisons une nouvelle ponction et nous obtenons un liquide un peu visqueux et légèrement coloré par une petite quantité de sang.

Ce changement dans l'aspect du liquide démontre que la première ponction, au lieu d'amener une amélioration ,a déterminé, outre un commencement d'inflammation, une transformation du liquide qui, de clair et transparent, est devenu sanguinolent. Il ne paraît donc pas possible d'obtenir une guérison rapide à l'aide de ponctions répétées. Nous nous décidons alors à pratiquer une large incision et nous ouvrons la tumeur de bas en haut, dans une assez grande étendue. Puis nous plaçons une mèche dans la plaie et nous appliquons un cataplasme sur l'oreille et nous fixons le tout avec une bande faisant plusieurs fois le tour de la tête.

13 mai. — Toujours fort agité, le malade a continué à porter la main sur ses points douloureux. Il en est résulté que la mèche et le cataplasme ont été enlevés et que l'oreille s'est enflammée dans toute son étendue. La plaie est fermée et la tumeur s'est remplie d'un liquide séro-purulent, auquel il est facile de donner issue.

Pour empêcher la plaie de se fermer à nouveau, nous agrandissons la première incision et, après avoir fait des injections antiseptiques, nous

introduisons une mèche et appliquons un cataplasme. Nous fixons ensuite le pansement avec une longue bande en tarlatane amidonnée et, pour plus de sûreté, nous employons la camisole de force, dans le but de maintenir les mains.

15 mai. — Le cataplasme a été maintenu en place et la mèche est restée dans la plaie. Celle-ci est retirée et il s'écoule un liquide séro-purulent. L'oreille est moins enflammée, même pansement.

18 mai. — L'état de l'oreille s'est amélioré et elle est moins rouge. La tumeur contient encore un peu de liquide séro-purulent, mais les bords de la plaie ont une tendance à se cicatriser.

Nous examinons les liquides provenant des deux ponctions qui ont été conservés dans des tubes. Le premier est limpide, transparent et légèrement coloré en jaune; on n'y aperçoit aucun élément sanguin. Chauffé à une température de 100°, il se coagule complètement et prend une teinte grisâtre. Le second est également clair et transparent, mais il est un peu coloré en rouge et, au fond du tube, s'est déposée une très petite quantité de sang. Soumis à une température élevée, il se coagule en une masse jaunâtre, sauf la partie inférieure qui est noirâtre.

23 mai. — L'oreille est encore rouge et tuméfiée. La plaie est largement béante; on retire la mèche et il s'écoule une très petite quantité de liquide.

27 mai. — L'inflammation a disparu à peu près totalement. La plaie est béante; léger suintement.

5 juin. — La plaie, dont les bords sont cicatrisés, est presque entièrement fermée.

22 juin. — La plaie est fermée depuis plusieurs jours. Il ne reste qu'un léger épaississement du pavillon de l'oreille au niveau de l'incision.

15 juillet. — La saillie qui existait au niveau de la plaie s'est atténuée graduellement et a à peu près entièrement disparu, de sorte que, si on n'était prévenu, on ne pourrait découvrir le siège de la lésion. Il n'existe aucune déformation de l'oreille.

OBSERVATION II. — Le 20 mai, on nous prie d'examiner un malade dont l'oreille gauche est le siège d'une tumeur analogue à celle dont il vient d'être question. Nous n'avons pas assisté au début de cette tumeur et n'avons eu l'occasion de voir le malade qu'un petit nombre de fois, mais les renseignements que nous avons obtenus sont très importants et donnent à l'observation une réelle valeur.

Dep..., âgé de 34 ans, est atteint d'une paralysie générale progressive dont le début remonte à environ trois ans.

Sa femme l'ayant quitté il y a un an, il dut se retirer chez sa mère. Son intelligence était déjà, à cette époque, considérablement affaiblie. Il tenait des propos qui n'avaient aucune suite. Il disait parfois qu'il n'avait plus de nez, plus d'oreilles, que sa tête se rapetissait et, par moments, il pleurait comme un enfant. Il en était arrivé à n'être plus en état de s'habiller. Déjà très malpropre, il ne tarda pas à devenir complètement gâteux.

Lorsqu'il nous est donné de le voir, nous le trouvons dans un état d'excitation très prononcée. Son intelligence étant profondément troublée, on ne peut obtenir de lui aucune réponse sensée. Il a, d'autre part, un embarras très prononcé de la parole et un tremblement très net de la langue; ses pupilles sont inégales et réagissent faiblement à la lumière. Il existe une exagération manifeste des réflexes tendineux. La marche est difficile, aussi est-on obligé de le maintenir au lit. Enfin il refuse de s'alimenter et on est obligé d'employer la sonde œsophagienne. Comme le malade précédent, il se tient habituellement couché sur le côté gauche et il résiste énergiquement quand il faut l'alimenter.

L'oreille gauche est le siège d'une tumeur qui occupe la fosse naviculaire, à peu près dans toute son étendue, ainsi que la rainure de l'hélix, d'où elle pénètre à la partie supérieure de la conque. Saillante et bien circonscrite, elle est molle et nettement fluctuante; elle a une couleur foncée, noirâtre; aussi elle se laisse traverser par les rayons lumineux moins bien que les régions voisines.

On nous donne sur son évolution les renseignements suivants : Elle a débuté il y a quinze jours et, après s'être développée lentement et graduellement, elle a, il y a deux à trois jours, augmenté brusquement de volume. En même temps, sa couleur, qui était normale, semblable à celle des régions voisines, s'est notablement modifiée, elles est devenue bronzée.

Pratiquant une ponction avec le trocart d'une seringue à injections sous-cutanées, nous obtenons, par aspiration, un liquide légèrement coloré en rouge, dans lequel, après deux jours de repos, se forme un dépôt d'une petite quantité de sang.

Dix jours plus tard, on constate que la tumeur a augmenté de volume, qu'elle est encore molle, fluctuante, mais que l'oreille s'est enflammée, qu'elle est devenue irrégulièrement tuméfiée et douloureuse à la pression. On fait une nouvelle ponction et on retire une quantité de liquide plus considérable que celle obtenue dans la première opération. Projeté dans un tube, ce liquide est examiné deux jours plus tard. On remarque alors qu'il s'est décomposé en deux parties. Du sang s'est déposé au fond du tube, où il se présente sous la forme d'une masse noire, un peu fluide, qui se déplace légèrement quand on incline le tube. Au-dessus de ce coagulum sanguin, on voit une sérosité claire, transparente, dont la couleur, due à de l'hémolyse, est d'un rouge vif, comme celle du sang.

La masse sanguine s'élève à une hauteur d'un demi-centimètre et celle de la sérosité, à 6 centimètres — ce qui nous apprend que la quantité réelle du sang que contenait la tumeur était approximativement le 1/12e du volume de la totalité du liquide. En plongeant le tube dans de l'eau bouillante, on voit que tout le liquide se coagule en une masse blanc-grisâtre, à l'exception de la partie inférieure qui, composée de sang pur, devient entièrement noire.

20 juin. — L'autorisation de faire une opération n'ayant pas été accordée, la tumeur a été abandonnée à elle-même, elle n'a été l'objet d'aucun traitement.

Une inflammation diffuse a envahi progressivement tout le pavillon,

qui s'est épaissi irrégulièrement et a pris une teinte noirâtre. L'épanchement a également augmenté; on perçoit de la fluctuation dans une grande étendue.

5 *juillet*. — L'inflammation s'est dissipée en grande partie, mais il reste encore un épanchement et l'on découvre de la fluctuation à la région antérieure de la fosse naviculaire; il existe, en outre, des irrégularités, des saillies dures.

Août. — La fluctuation et l'inflammation ont disparu à peu près complètement; mais l'oreille s'est ratatinée, elle est devenue très irrégulière et difforme.

Ces deux observations viennent à l'appui des idées que nous avons émises au sujet des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille.

Chez le premier de nos malades, la ponction, qui a été faite le troisième jour après l'apparition de la tumeur, a donné issue à un liquide clair, transparent, ne contenant aucun élément sanguin. Ce liquide, qui est entièrement différent de celui qui est mentionné par les auteurs, prouve, ainsi que nous l'avons établi ailleurs et ce qui n'avait pas été signalé avant nous, que la tumeur que l'on désigne sous le nom d'athématome peut ne contenir qu'un liquide séro-albumineux.

La deuxième ponction, qui a été faite deux jours plus tard, a montré que le liquide, primitivement séreux, était devenu sanguinolent. Cette transformation, qui s'est opérée en un court espace de temps et qui a été sans doute le résultat de la première ponction, est de nature à faire entrevoir ce qui doit se produire dans les cas où l'on trouve de la sérosité sanguine : elle suggère cette idée que du sang doit s'ajouter, comme chez notre malade, à de la sérosité préexistante.

Une preuve qu'il en est ainsi parfois nous est fournie par notre seconde observation dans laquelle les ponctions de la tumeur ont donné issue à un liquide sanguinolent.

Nous avons dit que la tumeur, après s'être développée graduellement, a augmenté brusquement de volume vers le treizième jour et que, à ce moment, sa couleur, qui était normale, s'est modifiée : elle prit une teinte noirâtre. Pour expliquer ce changement de volume et de couleur, on est forcément amené à admettre que du sang s'est épanché dans une tumeur contenant une sérosité incolore.

Les caractères physiques du liquide obtenu par la seconde ponction plaident en faveur de cette manière de voir. Le dépôt du sang, qui contenait le liquide, atteignait à peine dans le tube 1/12e du volume de la sérosité. Cette faible quantité de sang, comparée à celle que l'on obtient avec du sang normal qui, en se coagulant,

produit un caillot dont le volume est à peu près égal à celui du sérum [on a calculé que 1,000 grammes donnent 410 à 520 grammes de sérum (Querton)] prouve que la sérosité provenant de la tumeur de Dep... n'était pas du sérum vrai et, par conséquent, que la totalité du liquide ne peut être considérée comme le produit d'une simple hémorragie.

Ajoutons que dans celles de nos observations où le liquide sanguinolent a été examiné, après un repos de quelques jours, la quantité de sang qui s'était déposée au fond du tube était bien inférieure à celle que nous venons de signaler.

Il est donc permis de conclure que dans les cas où l'on trouve de la sérosité sanguine, ce qui est la règle, le contenu de la tumeur provient non d'une hémorragie primitive, mais d'une hémorragie secondaire, qui se produit dans une cavité qui contenait un liquide séro-albumineux.

On attribue l'othématome à des causes multiples qu'il est, croyons-nous, inutile de passer en revue.

Nous nous contenterons de rappeler que la principale d'entre elles est une prédisposition qui, pour n'être pas très bien connue, n'en est pas moins réelle, puisque cette affection se manifeste surtout dans la paralysie générale.

Parmi les autres causes, nous mentionnerons le traumatisme, dont l'action nous paraît devoir être invoquée chez nos deux malades.

Nous avons fait remarquer que, très agités et toujours couchés sur le côté gauche, l'oreille de ce côté était exposée à des froissements par suite de son contact avec les tissus où reposait la tête, dont les mouvements étaient incessants.

En outre, à cause de leur refus de s'alimenter, on était obligé d'employer la sonde œsophagienne, et le bras gauche, qui fixait la tête sur la poitrine, devait, suivant la région sur laquelle elle s'appliquait, comprimer plus ou moins fortement l'oreille. C'est ainsi que chez un mélancolique, qui résistait énergiquement quand il fallait lui appliquer la sonde pour l'alimentation, nous avons vu se développer en même temps deux othématomes bien caractérisés.

Nous mentionnerons encore une autre cause sur laquelle nous avons insisté ailleurs (*L'Encéphale*). Un froid intense peut provoquer l'apparition d'un épanchement séro-sanguinolent et même un othématome vrai, si le sujet est cachectique, atteint, par exemple, d'une paralysie générale à la période terminale (obs. VI).

Il est ainsi souvent possible d'expliquer les différentes variétés du contenu de la tumeur. Si l'oreille est soumise à une simple irritation, il se produira un liquide séreux; si elle est légèrement contusionnée, le liquide sera séro-sanguinolent; enfin, si le trauma-

tisme est violent ou si les tissus sont le siège de troubles de la nutrition très prononcés, c'est une hémorragie qui se produira.

On n'est pas encore fixé sur la conduite à tenir dans le traitement de l'othématome; à ce point de vue, nos deux observations méritent de fixer l'attention.

Chez Vas..., la tumeur, qui contenait de la sérosité pure, a été, dès le début, incisée largement et, malgré l'indocilité du malaise qui a entravé les résultats du traitement, en provoquant une inflammation étendue, la guérison a été suivie d'une très légère cicatrice; l'oreille a conservé son aspect normal.

Il en a été de même dans une autre de nos observations (*L'Encéphale,* obs. VIII) dont le liquide extrait de la tumeur contenait à peine quelques éléments sanguins; à la suite d'une incision assez étendue, survint une inflammation très modérée, de sorte que la guérison fut obtenue en un court espace de temps. Il se produisit une cicatrice peu apparente qui s'est atténuée graduellement, à ce point que, actuellement, pour être reconnue, elle nécessite un examen minutieux.

La tumeur de Dep..., qui n'a été l'objet d'aucun traitement, a continué à se développer; toute l'oreille a été envahie par une inflammation diffuse; la fluctuation a persisté longtemps et la guérison, qui n'est survenue qu'au bout de plusieurs mois, a été suivie d'une déformation très prononcée de l'oreille.

Il y a donc intérêt à faire un diagnostic précis, soit en recherchant si la tumeur est transparente, soit en faisant une ponction exploratrice, et si le contenu de la tumeur est séreux ou sanguinolent, on se hâtera de pratiquer une large incision.

Il résulte de l'ensemble des faits que nous avons observés que, dans la tumeur décrite sous le nom d'othématome, on peut trouver du sang pur, un liquide séro-albumineux sanguin, ou un liquide séro-sanguinolent.

La première variété survient ordinairement à la suite d'un traumatisme violent ou chez des sujets cachectiques. La seconde, que l'on rencontre rarement, est la conséquence d'une irritation légère, souvent difficile à apprécier. La troisième, qui est la plus fréquente, apparaît lorsqu'un épanchement de sang s'ajoute à une collection séreuse préexistante. Dans les cas où la tumeur contient peu ou pas de sang, une incision précoce s'impose si on veut prévenir une déformation de l'oreille.

Si le mot othématome peut s'appliquer à la tumeur qui contient du sang pur, celui d'athydrome doit servir à désigner, il semble, non seulement la tumeur dans laquelle on trouve de la sérosité pure, mais aussi celle qui contient un liquide sanguinolent, puisque cette dernière résulte d'une hémorragie qui se fait dans une cavité dont le contenu était au début de la sérosité.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juillet 1911. — Présidence de M. Dupré

La radiothérapie dans la maladie de Basedow

MM. BEAUJARD et LHERMITTE. — Nous avons observé 3 cas qui prouvent l'influence heureuse qu'apporte l'irradiation du corps thyroïde par les rayons de Röntgen pour se passer de longs commentaires. Elles s'accordent d'ailleurs pleinement avec celles de nos devanciers. On sait en effet que la radiothérapie du corps thyroïde a été préconisée pour la première fois dans la maladie de Basedow par M. Stegmann, en 1905, qui, dans le cas de goitre exophtalmique, avait constaté la disparition des palpitations, la diminution de l'hypertrophie thyroïdienne et de l'exophtalmie. Les résultats favorables furent bientôt confirmés par M. Wiedermann, lequel mit en évidence l'action de la radiothérapie sur les troubles nerveux et la nutrition générale par M. Sklodowski, M. Gilmer et plus récemment MM. Pierre Marie, Clunet. Raulot-Lapointe.

D'après nos observations, analogues en ceci à celles de MM. Stegmann, Wiedermann, Gilmer, Sklodowski, Holzknecht, l'amélioration apportée par la radiothérapie est surtout manifeste sur les troubles sécrétoires : hyperhydrose, sueurs profuses, diarrhée, la nutrition générale et la tachycardie.

De fait, tous nos malades ont vu leur tachycardie s'abaisser plus ou moins rapidement, mais progressivement, le pouls gardant une très légère accélération émotionnelle ou menstruelle; une seule a fait exception à cette règle (cas III basedowifié), mais dans ce fait ancien déjà nous avions employé des rayons non filtrés.

Et nous nous demandons si précisément ce n'est pas à l'insuffisance des doses employées qu'est due cette recrudescence de la tachycardie thyroïdienne. Il n'est pas besoin de rappeler que les rayons de Röntgen sont identiques comme effets à tous les agents thérapeutiques qui, à faibles doses, provoquent une irritation des fonctions sécrétoires ou formatives de l'organisme et qui, à forte dose, ont l'effet exactement inverse. La maladie de Basedow étant liée, selon toute vraisemblance, à l'exagération de la sécrétion thyroïdienne, il importe de déterminer par l'irradiation une inhibition rapide et de calmer cette exaltation sécrétoire.

Toute irradiation insuffisante aura pour effet de déterminer un redoublement des accidents et en conséquence devra être rigoureusement proscrite.

Paraplégie cervicale traumatique

MM. DEJERINE et LEVY-VALENSI. — Des symptômes présentés par ce malade, il nous paraît devoir résulter un diagnostic précis quant à la localisation et à l'étendue de la lésion médullaire dont il est atteint.

Il est certain que cette lésion siège à la partie inférieure du renflement cervical, puisque les noyaux du phrénique sont respectés. Elle est à son maximum au niveau de C_7-C_8, puisque les territoires sous-jacents sont paralysés et totalement anesthésiés; elle effleure les territoires de C_6 et de C_5, puisque les territoires sensitifs de ces racines sont touchés.

Nous croyons pouvoir affirmer que la section de la moelle est complète au niveau de C_7. La loi de Bastian (paraplégie flasque, abolition des réflexes,

anesthésie pour tous les modes de la sensibilité) se trouve donc confirmée par notre cas.

Quelques faits doivent aussi être retenus :

1° L'existence de troubles vaso-moteurs et sudoraux dans le territoire correspondant aux régions anesthésiées, bien que non exceptionnelle, méritait d'être signalée.

2° La topographie radiculaire parfaite montre exactement le niveau supérieur du siège de la lésion. Les troubles de la motilité, de la sensibilité, des réactions électriques, permettent d'affirmer que cette lésion ne dépasse pas en haut le segment radiculaire inférieur. Il faut noter cependant que les racines de ce groupe laissent passer encore, mais affaiblies, les sensations de pression, alors que les autres sensibilités sont abolies.

3° La persistance des réflexes cutanés est l'un des points intéressants de notre observation.

D'après Bastian, dans les sections complètes de la moelle tous les réflexes cutanés sont abolis. Cette manière de voir est adoptée par tous les auteurs pour ce qui concerne les réflexes crémastériens et abdominaux (cas de Bruns, Brasch, Crocq, Tooth, Bowlby). Rose (1905), dans sa thèse, dit que « dans aucune observation on ne rencontre mention de la persistance des réflexes crémastériens et abdominaux ».

Il y a moins d'unanimité en ce qui concerne le réflexe cutané plantaire. Il pourrait être produit en flexion par une excitation légère (Bowlby, Walther), par une piqûre profonde (Senator, Egger, Bash). L'extension de l'orteil est signalée par Jolly, Rose. Dans un cas de ce dernier, le réflexe plantaire se fit alternativement en flexion et en extension, puis disparut.

La persistance des réflexes cutanés chez notre malade est en contradiction avec l'opinion des auteurs qui veulent localiser dans l'encéphale ou dans le mésocéphale (Van Gehuchten, Rosenthal et Mendelsohn) le siège des réflexes cutanés normaux.

Inversion du réflexe du radius

MM. SOUQUES et STEPHEN CHAUVET présentent un malade atteint de paralysie spinale infantile.

Au membre supérieur droit le réflexe olécranien est aboli et, fait sur lequel nous attirons l'attention, *le réflexe du radius est inverti.*

Ce fait est *particulièrement intéressant.*

La distribution des atrophies musculaires, l'examen fonctionnel des muscles et les modifications des réactions électriques montrent en effet, que de ce côté, ce sont *surtout* C^5, C^6 et peut-être C^7, qui sont le plus touchés.

Cette inversion du réflexe radial confirme donc l'hypothèse de M. Babinski qui pense que cette inversion est conditionnée par une lésion de C^5 avec intégrité complète de C^8. Si, dans notre cas, cette inversion n'est qu'un argument de plus pour la localisation des lésions poliomyélitiques antérieures, sa parfaite concordance avec les autres signes de localisation montre sa valeur séméiologique topographique pour les cas où l'on trouve ce signe plus ou moins isolé.

Plaie de la V° racine cervicale ; inversion du réflexe du radius

MM. KLIPPEL et MONIER-VINARD. — Dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux dans la séance du 14 octobre 1910, M. Babinski décrivait, sous le nom d'inversion du réflexe du radius, un phénomène traduisant une altération du V° segment cervical.

Le trouble ainsi désigné consiste dans une transposition du mouvement réflexe normal provoqué par la percussion du poignet : le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est aboli, la flexion des doigts dans la main s'effectue au contraire avec une ampleur anormale.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un homme qui présente avec une netteté remarquable l'inversion du réflexe du radius, à la suite d'une plaie par balle de revolver ayant sectionné la Ve racine cervicale antérieure droite.

Tandis que du côté gauche, la percussion du poignet provoque, comme chez tout sujet normal, une flexion légère de l'avant-bras sur le bras et une ébauche de flexion des doigts dans la main, à droite, la flexion de l'avant-bras est complètement abolie, le mouvement de flexion des doigts dans la main a au contraire une ampleur considérable, le poignet même se fléchit légèrement sur l'avant-bras.

Un cas de syndrome cérébelleux

MM. DEJERINE et BAUDOUIN. — Un homme de 32 ans est atteint, en 1909, d'un ictus suivi de dysarthrie et de parésie des membres. Ces symptômes s'amendèrent. Actuellement, il y a dysarthrie, avec scansion et explosion de la parole; la sensibilité et les réflexes sont normaux.

Venons-en maintenant à l'étude de la coordination : nous allons la voir aussi troublée que les autres fonctions sont normales. Tout d'abord, faisons marcher le malade, on est frappé du caractère démesuré des mouvements. Il lance, avec beaucoup d'efforts, la jambe qui oscille en avant et en dedans. Si c'est la jambe droit dont il s'agit, l'impulsion trop brusque dévie le corps vers la gauche et le malade est obligé, pour reprendre sa direction, de corriger sa déviation en pivotant légèrement sur les talons vers la droite. Si c'est la jambe gauche qui oscille, la démarche est plus normale et ce mécanisme correcteur n'intervient pas. En même temps que le sujet marche, le haut du corps tend à s'incliner en arrière, si bien que par moments le malade part en arrière et tomberait comme une masse si l'on n'était prêt à le retenir. Il y a donc une dissociation entre les mouvements du tronc et des jambes qui rentre dans la grande asynergie décrite par M. Babinski. Malgré tous ces obstacles opposés à la marche, celle-ci n'a pas le caractère de la titubation classique. Le malade est capable de suivre une direction. De même il n'a pas de signe de Romberg et se tient parfaitement bien d'aplomb les yeux fermés.

Nous venons de voir que le malade présente un certain degré de grande asynergie; sans doute en a-t-il présenté bien davantage tout au début. Mais quand actuellement on essaie les autres tests donnés par M. Babinski, on constate que les mouvements se composent assez bien. L'inclinaison en arrière se fait normalement, de même le pied se pose sur une chaise dans des conditions à peu près normales pourvu que le sujet soit soutenu ou bien calé. L'adiadococinésie, la flexion combinée de la cuisse et du tronc sont très nettes des deux côtés, de même la catalepsie cérébelleuse.

Les mouvements démesurés, la dysmétrie sont chez notre malade le symptôme le plus net : que l'on fasse mettre le doigt sur le nez, le talon sur le genou on constate nettement que le mouvement est brusque et dépasse le but : de même quand on lui fait tracer des lignes horizontales qui ne s'arrêtent pas à temps. Cela explique le caractère tremblé de son écriture.

Nous sommes donc en présence d'un syndrome cérébelleux des plus purs où n'entrent ni vertige ni secousses nystagmiques.

Le pronostic de cet état est peut-être moins sombre qu'il pourrait sembler *a priori*. Nous notons chez ce malade une tendance spontanée à la guérison

qui s'est déjà traduite par une amélioration notable. On peut espérer qu'une rééducation méthodique pourra l'accélérer notablement. Sans doute, chez les cérébelleux, la rééducation, conduite comme chez les tabétiques, donne des résultats bien moins beaux que dans l'ataxie. Mais nous sommes ici dans un cas qui semble favorable ; nous avons donc soumis le malade à cette thérapeutique et comptons, dans quelques mois, le représenter à la Société.

Hémianesthésie alterne dissociée par hémorragie

MM. CLAUDE et LEJONNE. — Résumons les phénomènes un peu complexes présentés par notre malade : chez une femme de 35 ans, jusque-là en bonne santé, se sont installés, il y a un mois et demi, sans ictus, mais assez brusquement, en une douzaine d'heures, une série de symptômes pathologiques consistant essentiellement en : 1° une hémianesthésie à type syringomyélique, occupant la moitié gauche du corps et des membres, la moitié droite de la tête et des muqueuses (conjonctive, pituitaire, muqueuse de la langue, du voile du palais, pharynx), accompagnée d'une hémiparésie droite du voile du palais et du pharynx interdisant absolument l'alimentation, d'une paralysie totale des mouvements des globes oculaires vers la gauche, avec mydriase de l'œil droit, et d'une paralysie faciale droite légère à type périphérique. Un peu de hoquet, quelques crises de tachycardie complétaient ce tableau clinique. Les sensibilités profondes, sensibilité osseuse au diapason, notion de position, perception stéréognostique étaient parfaitement normales, aussi bien à droite qu'à gauche ; 2° du côté des membres, on observait une parésie assez accentuée du bras droit, accompagnée de vives douleurs et une parésie assez légère de la jambe gauche ; 3° il existait enfin des phénomènes cérébelleux très accusés, perte d'équilibre interdisant absolument la marche, tendance à tomber surtout du côté droit, hémiataxie droite, troubles de la diadococinésie marqués surtout à droite.

Peu à peu, certains de ces phénomènes, particulièrement les troubles moteurs et cérébelleux, se sont atténués, tandis que les troubles de la sensibilité persistaient sans grand changement, et, à l'heure actuelle, six semaines après le début des accidents, on constate toujours l'existence de l'hémianesthésie alterne à type syringomyélique, occupant la peau et les muqueuses. L'hémiparésie droite du pharynx et du voile du palais, quoique ayant rétrocédé et permettant à la malade de déglutir même les liquides, est encore nette ; la parésie faciale droite a presque disparu.

Du côté des yeux, les mouvements associés vers la gauche sont possibles, mais la malade ne peut soutenir longtemps le regard à gauche. Le nystagmus horizontal est très marqué ; la mydriase de la pupille droite ne se montre plus que de façon intermittente. La parésie des muscles du bras droit et de la jambe gauche n'existent plus guère. La marche est maintenant possible sans aide ; les phénomènes cérébelleux consistent surtout en une sensation d'entraînement vers la droite, l'impossibilité de se tenir sur la jambe droite, un peu d'hémiataxie et quelques troubles de la diadococinésie du côté droit.

Certains symptômes, tels que la paralysie des mouvements associés du globe oculaire, les parésies de la face et des membres reconnaissent évidemment pour cause une lésion protubérantielle ; d'autres phénomènes pathologiques, l'hémiparésie du pharynx et du voile du palais attestent l'existence d'un foyer bulbaire bien localisé ; il est donc logique de conclure à l'existence d'au moins deux foyers, l'un bulbaire, l'autre protubérantiel, l'atteinte de la voie sensitive centrale droite qui a donné lieu à l'hémianesthésie alterne paraissant s'être produite plutôt au niveau du bulbe.

On sait, en effet, que lorsqu'on se trouve en présence de lésions d'origine vasculaire, notamment de foyers d'hémorragie, il est commun d'observer au voisinage de ces lésions de petites altérations des vaisseaux donnant lieu à un pointillé hémorragique ou même à de petits nodules hémorragiques nettement distincts. il est même banal d'opposer la multiplicité des foyers hémorragiques à l'unicité des foyers de ramollissement; dans ces conditions, il ne nous semble pas difficile d'expliquer par ces notions anatomo-pathologiques les signes cliniques complexes présentés par notre malade.

Radiculite sensitivo-motrice

M. CLARAC. — Notre malade eut, il y a six ans et demi, sans cause occasionnelle nette, une première crise de douleurs au niveau de la région lombaire avec irradiations le long du membre inférieur gauche. Il fut soigné à l'hôpital de Tours pour sciatique, par des bains sulfureux, 42 injections de biiodure d'Hg, et des injections épidurales de stovaïne. Cette première crise guérit totalement, en apparence, au bout de deux mois.

En juin 1910, nouvelle crise douloureuse analogue à la première : le malade fut traité dans le service de M. le professeur Raymond. Les phénomènes douloureux disparurent complètement au bout d'un mois et demi après dix injections de biiodure d'Hg.

Au cours de ces deux crises les douleurs étaient caractéristiques : douleurs le long du sciatique, points de Valleix, signe de Lassègue; exacerbation des douleurs par la toux, l'éternuement et tous les efforts. Du reste, le diagnostic de radiculalgie sciatique fut nettement posé dans le service du professeur Raymond.

Enfin, l'état actuel date de trois mois. Le malade, complètement rétabli de sa dernière crise douloureuse, avait repris son travail, quand en se levant un matin, il ressentit une douleur très vive à la région lombaire et tout le long du membre inférieur gauche, douleur qu'il compare à une sensation de « déchirement nerveux » et qui dura une minute et demie environ. Elle fut suivie, immédiatement, d'engourdissement et de parésie de la jambe et du pied gauches.

Depuis, les troubles semblent être restés stationnaires, et nous n'avons observé ni amélioration ni aggravation depuis l'entrée du malade dans le service.

Il s'agit, indiscutablement, d'un cas de radiculite lombo-sacrée, portant sur L^4, L^5 S^1, comme le montrent :

L'évolution nette en deux périodes : période de radiculalgie et période de paralysie et d'hypoesthésie;

Le réveil des douleurs par les secousses de toux et d'éternuement;

La distribution des troubles moteurs et électriques, sur l'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil, les long et court péroniers latéraux, tandis que le jambier antérieur dont l'innervation périphérique est fournie, comme pour les extenseurs, par le tibial antérieur, est à peu près intact;

Enfin, la distribution nettement radiculaire des troubles de la sensibilité sur les territoires de L^4, L^5 et S^1.

Trois cas familiaux de poliomyélite antérieure subaiguë

MM. CLARAC et HEUYER. — Il s'agit de trois cas familiaux de paralysie ayant débuté en même temps par des phénomènes d'allure infectieuse et ayant évolué d'une façon subaiguë et progressive.

Deux diagnostics peuvent être discutés : celui de polynévrite ou de poliomyélite.

En faveur de la polynévrite il y aurait bien les troubles subjectifs de la sensibilité.

Nous nous sommes ralliés au diagnostic de poliomyélite à cause de l'évolution prolongée de la maladie, de la dissociation musculaire des troubles électriques et de la topographie radiculaire des symptômes paralytiques et trophiques : ainsi chez les deux sœurs la lésion paraît atteindre surtout les segments LIV, Lv, S_1, S_2. D'autre part, les poliomyélites douloureuses sont encore assez fréquentes pour qu'on ait pu décrire une forme névritique de cette maladie.

On a attribué les douleurs qu'on observe en ce cas à des lésions de méningo-radiculite; ces lésions ont dû être minimes ou ont cessé d'évoluer chez nos malades, car la ponction lombaire donne dans les trois cas un liquide clair, sans hypertension, sans albumine et sans lymphocytose.

Nous nous arrêtons à cette donnée étiologique que nos trois malades, qui vivent ensemble, furent atteints en même temps de phénomènes d'allure infectieuse auxquels succéda une paralysie à évolution et à localisation analogues dans leurs grandes lignes.

Albumine rachidienne dans le mal de Pott

MM. SICARD et FOIX. — Nous présentons un malade atteint d'algies intermittentes des membres inférieurs depuis près de six ans, et chez lequel on avait porté dans différents services le diagnostic de névralgie sciatique, de lumbago chronique, d'arthrite lombaire. Il n'existait, en effet aucun symptôme de raideur notable de la colonne vertébrale, aucun trouble des réflexes, des sensibilités objectives ou des sphincters. Or, une ponction lombaire permit de retirer un liquide céphalo-rachidien très légèrement ambré avec grosse albumine décelable à froid à l'aide de quelques gouttes d'acide nitrique nitreux. Il n'existait pas de lymphocytose rachidienne. Le glycose se rencontrait en proportion normale.

Ce fait clinique est intéressant. Il s'ajoute à ceux que nous avons déjà présentés à cet égard et montre toute la valeur de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. La présence de l'albumine rachidienne, indépendante de la lymphocytose rachidienne, est un signe de grande valeur. Il permet d'affirmer, dans certains cas douteux, qu'il n'y a ni sciatique, ni lumbago simple, mais que les algies sont réellement symptomatiques d'une compression rachidienne. La stase vasculaire consécutive et l'exsudation plasmatique locale sont, sans doute, responsables de la présence de cette quantité anormale d'albumine.

Note sur l'inversion du réflexe du radius et sur le réflexe cubito-fléchisseur des doigts

MM. SOUQUES et BARRÉ. — B... est âgé de 35 ans; il a eu un chancre induré à 25 ans, et, sept ans après, c'est-à-dire il y a trois ans, il eut, à la suite d'une très légère perte de connaissance, une *hémiplégie droite*. Au bout de quelques mois, il put de nouveau marcher seul, et actuellement, si les reliquats de l'hémiplégie sont amplement suffisants pour permettre d'en affirmer la nature organique, ils sont assez légers pour que le malade puisse marcher sans gros trouble apparent.

L'état de quelques-uns de ses réflexes mérite pourtant de fixer l'attention. Aux membres inférieurs, tous les réflexes tendineux se font suivant le type normal, mais aux membres supérieurs plusieurs réflexes osseux présentent des anomalies,

Occupons-nous d'abord du *membre supérieur du côté de l'hémiplégie*, du membre supérieur *droit*.

La percussion de l'extrémité inférieure du radius est suivie d'une brusque flexion des doigts, tandis que l'avant-bras reste absolument immobile : c'est là l'*inversion du réflexe du radius*, décrite par M. Babinski.

Si l'on percute, d'autre part, l'extrémité inférieure du cubitus, on obtient le réflexe qu'a décrit l'un de nous avec M. P. Marie, sous le nom de *réflexe cubito-fléchisseur des doigts*.

Le réflexe tricipital est normal.

Voici donc, du même côté et du côté de l'hémiplégie, deux réflexes osseux à type anormal. Quelle signification faut-il attribuer à ce trouble? Faut-il penser qu'il s'agit de modifications réflexes du même type que celles décrites récemment par l'un de nous dans l'hémiplégie des tabétiques? Faut-il penser à une lésion des dernières racines cervicales? Ce sont là les hypothèses principales que l'on peut faire, et nous allons maintenant tour à tour en discuter ou en établir la valeur.

Examinons d'abord la première : Sans doute, notre malade est hémiplégique et syphilitique, mais nous n'avons pu relever chez lui absolument aucun signe de tabes.

La deuxième hypothèse, celle de lésions probables des dernières racines cervicales, a pour elle l'existence de plusieurs faits, que l'examen de la région cervico-dorsale et l'étude des antécédents personnels du malade permettent de recueillir.

Il est intéressant de remarquer que les signes qui traduisent les lésions radiculaires se sont superposés à ceux qui traduisent la lésion pyramidale, sans perdre rien de leur netteté ou de leur forme.

L'extension des orteils dans le rhumatisme chronique

M. A. LÉRI. — Dans un article publié en 1910 dans le *Livre jubilaire* du professeur Teissier et reproduit dans le *Bulletin médical* (11 mai 1910), nous avons signalé l'existence du réflexe des orteils *en extension* chez quatre rhumatisants chroniques. La malade que nous présentons aujourd'hui est atteinte d'un rhumatisme chronique ankylosant typique, qui a débuté il y a quatre ans et qui atteint actuellement la presque totalité des articulations des membres et la partie cervicale de la colonne vertébrale : cette malade présente de la façon la plus nette l'extension des orteils des deux côtés, mais surtout du côté gauche.

Il y a une conséquence à tirer de cette constatation au point de vue de la *pathogénie du rhumatisme chronique?* On ne peut plus guère mettre en doute aujourd'hui la valeur du signe de Babinski comme caractéristique d'une lésion du faisceau pyramidal : il y aurait donc chez nombre de rhumatisants chroniques une lésion médullaire. Aussi la constatation fréquente de ce signe serait-elle en faveur de la théorie des auteurs qui, comme Mitchell, Skoda, Riesenmann, Remak, Vulpian, Bouchard et surtout les professeurs Teissier et Roque, attribuent au rhumatisme chronique une origine nerveuse, méningo médullaire.

Examen dynamométrique des myopathiques

MM. BAUDOUIN et FRANÇAIS. — Poursuivant nos études dynamométriques suivant la technique précédemment exposée, nous avons exploré la force musculaire chez sept sujets atteints de myopathie.

Nous avons eu l'occasion d'examiner deux sujets se présentant, cliniquement, comme des types purs de myopathie à forme scapulo-humérale. Or, nous avons trouvé, chez ces malades, un déficit notable de la force des muscles de la ceinture pelvienne et des membres inférieurs que l'examen clinique n'avait pas permis de déceler.

Si ces résultats se généralisent, comme nous le croyons, on pourra en conclure qu'il n'existe guère de myopathie nettement localisée au vrai sens du mot. Il est hors de doute que, cliniquement, il est légitime de décrire des myopathies de tel ou tel type, mais elles s'associent toujours à des lésions de même nature des autres muscles de l'économie.

S'il en était besoin, ce serait une nouvelle preuve de l'unicité des différentes formes de myopathie, soutenue depuis longtemps par notre regretté maître, le professeur Raymond.

Les arsenicaux dans le traitement du tabes

M. VASCONCELLOS. — Les malades que nous avons soumis au traitement sont déjà âgés, entre 47 et 63 ans, et le début du tabes varie entre 15 et 30 ans. Ils ont tous le cortège symptomatique, ataxie, douleurs fulgurantes, crises viscérales, troubles sphinctériens, abolition des réflexes, signe d'Argyll, paralysies oculaires, atrophies musculaires, etc., et par suite de leur état, la plupart restent alités presque tout le temps. Depuis longtemps, ils traînent une existence misérable, légèrement rendue supportable par l'usage continuel et croissant de la morphine. Ils sont, aussi, des anémiques dont l'examen du sang nous a révélé un manifeste degré d'hypoleucocytose.

Nous avons pratiqué des injections sous-cutanées de cacodylate de strychnine, à doses successivement croissantes. Nous avons commencé, d'abord, par un demi-milligramme, une par injection, pendant huit jours, ensuite la dose a été doublée les derniers huit jours. Une période de repos pendant quatorze jours; reprise des injections à un milligramme la première semaine, un milligramme et demi la semaine suivante. Nouvelle période de repos pendant vingt jours. On recommence à un milligramme la première semaine, un milligramme et demi la dernière semaine. En même temps on diminuait les piqûres de morphine, dont la plupart des malades faisaient usage.

Nous avons à constater que, d'une façon générale, les malades ont subi une amélioration, à la suite de ce traitement; il y a un soulagement général, avec accroissement de la force, les douleurs sont diminuées un petit peu d'intensité, les crises viscérales deviennent rares et disparaissent, le sommeil est plus calme, les troubles sphinctériens sont légèrement améliorés.

C'est sur les crises viscérales que la médication agit d'une façon plus efficace; quatre de nos malades avaient des crises viscérales, une des crises laryngées et gastriques, trois autres des crises gastriques. Les crises laryngées, fréquentes, tellement intenses que la malade perdait presque connaissance, sont devenues, à la suite de ce traitement, moins intenses et moins fréquentes et, depuis deux mois, elles ont fini par disparaître. Les crises gastriques ont été considérablement améliorées et ont disparu pendant toute la période du traitement, c'est-à-dire, les trois derniers mois.

Les douleurs n'ont subi de modifications appréciables à la suite du traitement; légèrement améliorées dans quelques cas, sans résultat dans d'autres et seulement fortement calmées dans deux cas, surtout les douleurs entéralgiques. Si nous n'avons pas obtenu un si bon résultat sur les douleurs fulgurantes que sur les crises viscérales, du moins nous avons fait une cure de

démorphinisation, vu que nous avons diminué ou supprimé la morphine pendant ce traitement.

L'état général et la force sont influencés favorablement; les malades sont plus vifs, plus lestes, une malade qui ne pouvait pas se tenir assise pour prendre ses repas peut le faire aisément maintenant. Les troubles sphinctériens ont été dans un cas améliorés, bien que d'une façon très légère; on peut en dire autant pour les insomnies.

En conclusion, nous pouvons dire que le cacodylate de strychnine agit favorablement sur les troubles d'ordre viscéral, notamment des douleurs et les crises.

Paraplégie spastique en flexion

MM. ETIENNE et GELMA. — Il s'agit d'un exemple de plus purs du type de paraplégie spastique mis en lumière par Babinski. Il s'agit d'une femme de 58 ans, et qui est atteinte de troubles parétiques avec contracture en flexion des membres inférieurs, abolition des réflexes tendineux et exagération des réflexes cutanés de défense. Les accidents ont apparu, il y a 32 ans, à la suite d'une violente émotion et depuis se sont lentement aggravés. La malade présente un tremblement assez typique qui a pu faire penser, soit à la sclérose en plaques, soit à la paralysie agitante.

A propos de la paralysie spasmodique en flexion

M. NOICA. — M. Babinski décrit, dans ce travail, une forme de paraplégie spasmodique dans laquelle les membres inférieurs, au lieu de se mettre en contracture en extension, se mettent en contracture en flexion. L'auteur croit que cette paraplégie a une base anatomique à part, dans ce sens que le faisceau pyramidal n'est pas dégénéré dans ces cas-là, et que le mécanisme de la contracture en flexion est tout différent de celui que produit la contracture en extension.

Mais voici un seul point sur lequel nous ne sommes pas d'accord avec M. M. Babinski : c'est que notre maitre garde le nom de contracture à cette attitude en flexion à des membres inférieurs. Du moment que le mécanisme de ces contractures n'est pas le même, il en résulte que ces deux phénomènes doivent être différents dans leur nature, et par conséquent, pour s'entendre plus facilement, nous avons été d'avis de donner des noms différents à des phénomènes distincts. Voilà pourquoi nous avons pensé qu'il vaudrait mieux considérer la contracture en flexion des membres inférieurs comme une pseudocontracture, en laissant le nom de contracture à la contracture en extension des membres inférieurs. Celle-ci, la contracture en extension, peut rester des années à l'état permanent sans se compliquer de rétractions fibro-tendineuses (Brissaud).

Nous considérons la contracture en flexion — sur laquelle a insisté M. Babinski — comme une pseudo-contracture, car dans sa constitution il y a deux éléments : un élément actif : les contractions involontaires; et un élément passif : la rétractions fibro-tendineuses; tandis que dans la contracture en extension, le seul élément qui la constitue, c'est la contracture musculaire, involontaire et permanente et les rétractions fibreuses ne sont qu'un accident qui peut très bien manquer et qui est en général tardif.

XXIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

—

Amiens, 1911

—

RAPPORTS

Des différentes espèces de douleurs psychopathiques

Rapporteur : M. MAILLARD (de Paris)

La douleur physiologique est le cri d'appel de l'organisme en danger. C'est elle qui avertit notre moi sentant d'une atteinte portée à notre corps. Sans pousser à l'extrême la théorie finaliste de la douleur, on peut la considérer comme un des meilleurs moyens de défense de l'organisme. En tout cas, et c'est ce qui nous importe au point de vue médical, elle est, par cela même, un des symptômes les plus importants des maladies.

Mais il n'en est ainsi que pour la douleur normale, la douleur physiologique. En clinique psychiatrique on voit des douleurs apparaître dans d'autres conditions. Celles-ci ont alors une toute autre signification car, *déterminées ou non par une lésion organique*, elles présentent des caractères spéciaux et deviennent un symptôme d'un état psychique anormal. Ce sont les douleurs psychopathiques.

Si l'on considère, non pas l'homme normal, mais l'ensemble des individus dont l'adaptation au milieu paraît satisfaisante, on s'aperçoit, et c'est un fait d'une constatation banale, que la douleur varie extrêmement d'un individu à l'autre, et, chez le même individu, suivant les divers moments.

Pour que l'on soit en droit de considérer une douleur comme psychopathique, il ne suffira donc pas qu'elle apparaisse seulement comme un peu trop vive ou légèrement disproportionnée avec la cause qui lui a donné naissance. Il faudra qu'elle s'écarte beaucoup de la qualité ou de l'intensité qu'elle devrait avoir, devenant ainsi, par cette anomalie évidente, le symptôme d'un trouble dans la façon de sentir, ou, et ce sera le degré le plus marqué de la douleur psychopathique, qu'elle naisse sans point de départ somatique.

Avant d'aborder l'étude clinique des douleurs psychopathiques, il est indispensable d'essayer de préciser comment on doit comprendre la cénesthésie. *Cénesthésie*, c'est un mot que l'on rencontre à chaque instant en psychiatrie depuis quelques années, mais ce mot est employé malheureusement avec des acceptions assez différentes; et la notion, un peu confuse, qu'il représente est intimement liée aux faits que nous étudions.

Tantôt la cénesthésie, c'est le sentiment, difficile à définir, qui accompagne l'exercice de toutes nos sensations, internes ou externes, et qui, alors que celles-ci nous apportent des matériaux de connaissance, devient lui-même une partie importante du sentiment de notre existence.

Tantôt cénesthésie est pris comme synonyme de sensations internes, sensations viscérales; c'est une acception que l'on trouve souvent aujourd'hui dans les livres classiques.

La dualité de sens du mot cénesthésie devient bien évidente quand on compare l'opinion classique, qui fait de la mélancolie une maladie de la cénesthésie, avec la conception actuelle des cénesthopathies.

A l'état normal, la cénesthésie paraît se confondre avec nos sensations; elle n'est pas apparente parce qu'elle fait partie du sentiment complexe de nous-

même. Mais elle se manifeste quand elle est brusquement troublée, ou plutôt ce qui se manifeste alors, c'est *cette variation de l'état cénesthésique*. Le sentiment de notre existence devient alors plus agréable ou plus pénible.

On voit donc que, pour nous, la douleur consiste essentiellement en une modification de la cénesthésie.

On peut ranger les douleurs psychopathiques en quatre groupes suivants, qui répondent d'ailleurs, d'une façon générale, à des syndromes mentaux différents au point de vue nosologique :

a) Douleurs hallucinatoires

Ce sont des douleurs *déterminées* par des hallucinations. Ce qui est troublé primitivement ici c'est, non pas la cénesthésie, mais ce sont les diverses sensibilités. L'état cénesthésique pénible, sentiment de souffrance légère ou de vive douleur, qui résulte de l'hallucination, est légitime, une fois l'hallucination admise.

Aussi ces malades, qui ressentent cependant des douleurs psychopathiques, ne s'inquiètent pas de la douleur en elle-même. Ils en connaissent l'origine et la douleur est pour eux aussi normale qu'elle l'est chez quelqu'un qui n'est pas halluciné.

b) Douleurs pithiatiques

Il est un autre groupe de malades, qui présentent des douleurs dont l'origine psychopathique est aussi évidente, quoique se produisant par un tout autre mécanisme. Ce sont ces malades connus classiquement sous le nom d'hystérriques.

La douleur pithiatique présente certains caractères généraux importants.

C'est, en premier lieu, l'exagération et la discordance des réactions par rapport à ce qu'elles devraient être si la douleur avait uniquement la cause invoquée par le malade. L'exagération et la discordance se manifestent dans la façon dont les malades extériorisent leur douleur; c'est une sorte de mise en scène qui atteint son plus haut développement chez les grands hystériques classiques.

Avec ces deux caractères objectifs d'exagération manifeste et de discordance, avec, souvent aussi, une certaine variabilité de phénomènes, il faut aussi tenir compte : du mode d'apparition et de l'évolution du trouble; de l'accessibilité apparente du sujet aux suggestions, en remarquant que la suggestion médicale n'agira que si elle peut être plus forte que les causes ayant provoqué l'auto-suggestion de la douleur, ce qui n'est pas toujours le cas; de l'importance réelle des lésions organiques qui peuvent exister et qu'il ne faudra jamais omettre de rechercher avec le plus grand soin, en évitant, autant que possible, d'attirer de ce côté l'attention du malade.

c) Douleurs paranoiaques

Ce sont des douleurs déterminées essentiellement par des interprétations délirantes.

Ici nous touchons un point de psychologie très intéressant; c'est la dépendance réciproque de la sensation et de l'interprétation. Les deux phénomènes ne seraient, en réalité, pas aussi distincts qu'on a le plus souvent tendance à l'admettre; certaines recherches psychologiques montrent qu'ils sont, au contraire, étroitement unis.

De même que la sensation provoque l'interprétation, l'interprétation provoque la sensation ; les deux phénomènes marchent, en pratique, toujours de pair et ce n'est que d'une façon idéale, théoriquement, que l'on peut considérer la sensation indépendante de l'interprétation.

En matière de plaisir et de douleur, c'est l'état mental qui est tout : croire souffrir, c'est souffrir.

Le diagnostic des douleurs psychopathiques paranoiaques peut se présenter de deux façons bien différentes. Dans certains cas il est à faire avec les douleurs d'origine hallucinatoire ; dans d'autres cas avec les douleurs normales organiques.

Le diagnostic est à faire avec les douleurs organiques normales quand les phénomènes douloureux se présentent avec des caractères de vraisemblance suffisante. Comme dans le cas des douleurs pithiatiques, il faudra alors pratiquer un examen somatique minutieux, et savoir interpréter la constatation ou l'absence d'une cause organique.

d) Douleurs cénesthopathiques

Ces douleurs sont bien des sensations étranges et pénibles, angoissantes par cette étrangeté, plutôt que douloureuses au sens physiologique du mot.

Elles sont indéfinissables, car le malade se rend bien compte que ce ne sont pas des sensations caractérisées. Elle ne correspondent pas à des phénomènes sensoriels ordinaires ; ce ne sont ni des hallucinations, ni des hyperesthésies des différentes sensibilités, et c'est pourquoi le malade emploie toutes sortes d'expressions, de comparaisons, d'images pour essayer de les faire comprendre, tout en se rendant bien compte qu'il ne peut arriver à expliquer ce qu'il ressent.

Ce ne sont pas les sensations externes ou internes, qui sont devenues douloureuses ; c'est la sensibilité cénesthésique qui est troublée par elle-même, indépendamment de toute altération des organes sensoriels.

Les sensations restent normales en elles-mêmes, la perturbation ne porte que sur le sentiment cénesthésique qui les accompagne. Il en résulte dans le psychisme un trouble que le malade ne s'explique pas et qu'il essaye de rapporter, par une illusion dont il n'est pas complètement dupe, aux sensations elles-mêmes.

On observe, d'autres fois, des ébauches d'interprétations, de petites idées délirantes. Mais on peut voir aussi de véritables délires s'organiser, et c'est une étude bien intéressante, et encore à son début, que celle du rôle des douleurs cénesthopathiques dans la genèse de certains délires.

On comprend en effet combien facilement de tels troubles, si étranges, qui affectent d'une façon inexplicable pour le malade cette sensibilité sur laquelle se fonde en grande partie le sentiment de la personnalité, peuvent troubler l'intelligence. Celle-ci, si elle est un peu débile, surtout au point de vue du jugement, versera facilement dans le délire.

Mais il est remarquable de constater que, même des troubles si inquiétants, si insolites, ne font pas délirer un cerveau bien équilibré.

Le diagnostic des douleurs cénesthopathiques est à faire en deux étapes.

Il faut d'abord reconnaître le caractère cénesthopathique des douleurs, ce qui n'offre, en général, aucune difficulté, puisque ce diagnostic se base sur les signes très précis indiqués par Dupré et Camus. Le diagnostic ne pourra être hésitant que dans les cas frustes.

Lorsque les douleurs sont reconnues comme étant de nature cénesthopathique, il faut encore essayer d'en rechercher la véritable origine, ce qui ne peut

se faire qu'en interprétant les rôles respectifs de la constitution originelle et des causes déterminantes.

Si on ne constate pas de déséquilibre cénesthésique constitutionnel évident, on doit alors se demander si la cénesthopathie n'est pas due à des altérations pathologiques acquises, dont on pourra trouver des manifestations sur les autres organes.

Enfin, l'examen mental très complet du malade est absolument indispensable en raison, d'une part, des réactions dangereuses auxquelles il pourrait se livrer, et, d'autre part, en raison des troubles d'ordre affectif ou délirant, qui peuvent accompagner les cénesthopathies.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur les grandes difficultés que peut présenter le diagnostic des douleurs d'apparence psychopathique; il est indispensable, pour l'interprétation des observations de douleurs guéries, améliorées ou aggravées par un traitement médical ou chirurgical, d'envisager parfois la possibilité d'une erreur de diagnostic.

Il existe, en effet, des douleurs qui peuvent se présenter sous les apparences d'une douleur psychopathique, *surtout parce qu'on n'en reconnaît pas la cause*, et qui sont dues essentiellement à une lésion organique latente.

Aussi, il est de toute importance de ne pas considérer comme psychopathique une douleur, uniquement parce qu'on ne lui trouve pas une origine organique. Il faut autant que possible, ne pas porter ce diagnostic par exclusion, mais toujours chercher à mettre en évidence les signes positifs des diverses espèces de douleurs que nous avons étudiées.

Il faut n'appeler psychopathique une douleur que *lorsqu'on en reconnaît* l'origine psychopathique, avec l'acception que nous donnons à ce terme, et, sous peine de faire du mot psychopathique une étiquette aussi défectueuse que celle de névrose appliquée à certaines maladies, n'y pas faire rentrer toutes les douleurs d'origine inconnue.

Cette catégorie de douleurs ira en diminuant à mesure que les signes psychiques et somatiques des affections se préciseront. Ce sont souvent ces douleurs dues à des cancers latents de l'estomac, à certaines affections de l'appareil génital surtout chez la femme, etc...

Mais il y a plus, et la difficulté du diagnostic peut être accrue du fait que les douleurs, organiques dans leur cause, peuvent être psychopathiques uniquement par les réactions qu'elles provoquent. De telles douleurs justifient alors des mesures de protection d'ordre psychiatrique, en même temps qu'elles réclament une action médicale ou chirurgicale dont les indications risqueront parfois de passer inaperçues.

Le diagnostic ayant été poussé aussi loin que possible, plusieurs cas peuvent se présenter. Nous considérons d'abord les deux cas extrêmes, pour lesquels la conduite à tenir paraît bien définie.

1. *Il existe une lésion importante*, qui comporte par elle-même son indication opératoire, indépendamment du trouble psychique. On doit évidemment opérer, et on peut ainsi espérer, suivant l'importance relative des deux facteurs, psychique et organique, la disparition, la rémission ou l'atténuation de la douleur. Ces cas sont instructifs pour l'étude de l'évolution du trouble psychique après l'intervention.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Quatre cas de méningite cérébro-spinale épidémique

par le Dr Georges BOUCHÉ

Chef de service des maladies nerveuses à l'hôpital civil d'Anderlecht

J'ai eu l'occasion d'observer cet hiver, à l'hôpital et en clientèle, 4 cas de méningite cérébro-spinale qui m'ont paru très intéressants au point de vue clinique.

De ces quatre cas, en effet, il n'en est pas deux qui se ressemblent et rien mieux que cette petite série ne pourrait montrer combien l'aspect clinique des malades et les symptômes nerveux qu'ils peuvent présenter sont insuffisants, dans bien des cas, pour établir le diagnostic de la maladie. Un de ces malades même ne présenta aucun des symptômes habituels aux inflammations des méninges.

OBSERVATION I. — N. J..., 24 ans, ouvrier de fabrique, entre à l'hôpital dans le service de médecine le 6 décembre 1910, pour des « prodromes de fièvre typhoïde ». Température, maux de tête et de reins, abattement, aspect typhique, langue rôtie. Il est malade depuis quinze jours. N... est très faible, très émacié. Il a été malade presque constamment depuis trois ans. Il a souffert d'érysipèle, de rhumatisme articulaire aigu et d'une autre affection fébrile indéterminée. Avant l'affection actuelle, il était dans un état de profond épuisement.

Du 6 au 12 décembre, l'état reste stationnaire et la température oscille entre 38°5 et 39°. Il souffre énormément dans les moments où il n'est pas stuporeux; la respiration est difficile et il y a de l'incontinence. Séro-réaction négative. Du 12 au 14, la température monte à 41°5 le soir.

Le 14 décembre. — On avait noté de la raideur de la nuque. Je vois le malade pour la première fois le 15.

Le diagnostic de méningite ne fait pas de doute. La raideur de la colonne vertébrale est complète; Kernig positif des deux côtés. Maux de tête, délire, respiration cyclique.

La *ponction lombaire* extrait 15 à 20 centimètres cubes de liquide trouble sous pression modérée, L'examen à l'Institut Pasteur (Cohen) révèle la présence de méningocoques de Weichselbaum,

La température, qui était 39°7 le matin comme la veille, tombe à 39°1 après la ponction dans l'après-midi, et à 38°3 le soir.

Le 16. — Une nouvelle ponction extrait 30 centimètres cubes de liquide trouble et est suivie d'une première injection de 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique de l'Institut Pasteur de Lille (nous n'avions pu nous en procurer davantage). L'état du malade est grave. Les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus. La cyanose est intense,

la stupeur profonde, la raideur et le Kernig persistent. Respiration de Cheyne et Stokes à certains moments. Température 38°3 le matin, 37°7 le soir.

Le 17. — Nouvelle ponction et deuxième injection de 45 centimètres cubes de sérum de l'Institut Rockfeller.

La situation s'est améliorée. Le malade peut boire; la dyspnée est moins pénible, la raideur diminuée. Le Kernig, disparu du côté gauche, est moins fort à droite que les jours précédents. La conscience est revenue, le malade s'explique, répond à nos questions, il est capable de se remuer dans son lit. Ne souille plus ses draps. Soif ardente. Urines rares : 200 grammes, chargées. Dès que le malade est laissé à lui-même, il s'endort. Température 39° le matin, 38°6 le soir, tombe à 38°3 le 18 au matin.

Le 18. — Ponction et troisième injection de 45 centimètres cubes de sérum de Flexner. L'état du malade continue à s'améliorer. Température 38°3 le matin, 39°7 le soir.

Le malade s'est levé la nuit pour aller à la garde-robe et a vraisemblablement pris froid. Il est moins bien que les jours précédents; dyspnée intense. Matité et mutisme respiratoire du lobe inférieur, du poumon droit, quelques râles disséminés au sommet droit et dans le poumon gauche. Ventouses, caféine et digitale.

Ponction lombaire et quatrième injection de 45 centimètres cubes de sérum. Température 38°8 le matin, 39°2 le soir.

On ne trouve plus de méningocoques dans le liquide extrait ce jour-là.

Le 20. — Même état. Constipation. Lavement. Ni ponction ni sérum. Caféine, digitale.

Le 22. — La situation ne s'est pas améliorée au poumon. Les râles sont plus nombreux à gauche, et on découvre à la base du poumon, de ce côté, une zone de matité et de mutisme.

Les symptômes méningés ne sont pas reparus. Il y a toujours un peu de Kernig à droite et une légère raideur de la nuque. Les maux de tête sont moins intenses. Le malade est fatigué, dort beaucoup, mais n'est plus stuporeux et se nourrit d'environ trois quarts de litre de lait en 24 heures.

La température remontant, on pratique de grandes lotions tièdes quatre ou cinq fois par 24 heures, ce qui procure au malade un soulagement momentané notable. Le 22 au soir, la température remonte à 40°6 pour retomber le 23, au matin, à 38°7.

Le 23. — Ponction et cinquième injection de 30 centimètres cubes de sérum. Plus de méningocoques dans le liquide. Température, 38°7 le matin, 38°5 le soir.

Les lotions ne sont plus nécessaires. Le malade se plaint de maux de tête. Il est très affaissé et se cachectise. Début d'escarres au niveau du grand trochanter droit et au sacrum.

Du 24 au 3. — L'état général s'aggrave. L'amaigrissement est énorme, les maux de tête intenses, le pouls devient de plus en plus rapide, la respiration superficielle et haletante. Des râles disséminés reparaissent dans toute la poitrine. La température s'abaisse. Le 31

pourtant une poussée de fièvre se reproduit, et vers midi le thermomètre marque 40°2. Le soir, la température est retombée à 38°, le lendemain matin, à 37°2. Puis 38°5 le soir, 38°1 le surlendemain, le 2 au matin, 38° le soir. Le malade meurt dans la nuit, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes méningés.

Autopsie. — Broncho-pneumonie : myocardite.

Méninges : Pas de trace de méningite spinale, sauf une petite plaque à la région dorsale. Liquide abondant et trouble (sérum), dure-mère tendue. Les ponctions répétées et les injections n'ont pas laissé d'autres traces qu'une dilatation du sac sacro-lombaire qui contient un liquide légèrement brun ressemblant au sérum injecté. Les méninges cérébrales, au contraire, montrent des lésions inflammatoires macroscopiques évidentes à partir du quatrième ventricule. Partout, à la base comme à la convexité, on remarque de grandes plaques d'exsudat fibrineux plus ou moins adhérentes aux membranes.

Observation II. — En janvier 1911, un homme de 42 ans est amené par la police à l'hôpital. Le certificat du médecin de la police porte : delirium tremens.

En fait, le malade a été trouvé sur la voie publique dans des conditions qui n'ont pas été éclaircies.

Il est placé d'abord dans le service de médecine. Pas de température. Comme il dormait sans s'éveiller même pour manger, depuis 48 heures, mon confrère M. Riez m'appelle en consultation, et j'examine le malade avec le plus grand soin, notamment au point de vue d'une méningite possible. Après quelques efforts, nous éveillons le malade, nous le forçons à se lever. Il marche bien, répond à nos questions, ne se plaint de rien, sauf d'une fatigue intense, et nous prie de le laisser dormir. Il nous raconte qu'il vient d'une commune du Nord de la France, ce qui est exact. Mais il ne nous explique pas comment il se trouve à l'hôpital.

Du côté du système nerveux, nous ne relevons absolument aucun symptôme autre que le besoin anormalement intense et prolongé de dormir. Le cœur était rapide, 110 à la minute, et les bruits un peu sourds. Nous le gardons donc en observation, et nous le forçons à s'éveiller aux heures des repas. Il mange bien. Mais aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même, il retombe en sommeil. La température, prise régulièrement, reste en dessous de 37°. Potion digitale, strychnine.

Le troisième jour de son séjour à l'hôpital, je le revois le matin et je l'examine à nouveau complètement; il est dans le même état que lors du premier examen. Le fond de l'œil, réexaminé, est normal. Cependant, vers midi, l'interne chargé de l'observer plus particulièrement, remarque une certaine raideur de la nuque et m'en prévient aussitôt.

Vers 4 heures, je rendais visite au malade. On ne constatait plus rien de pareil. Néanmoins je pratiquai une ponction lombaire qui ramena un liquide clair, s'écoulant goutte à goutte. Après la ponction, le malade se rendort. Il but et mangea encore le soir, sans se plaindre. Il mourut tranquillement le lendemain à 5 heures du matin. Le liquide décela la présence de méningocoques.

Je ne pus malheureusement obtenir l'autopsie de ce malade.

Observation III. — M. X..., 24 ans, monteur dans un garage d'automobile, est un homme de forte stature. Il a toujours été bien portant.

Un dimanche soir (24 janvier 1911), se sent pris de froid : maux de tête, vomissements; il rentre chez lui, se couche; délire toute la nuit, veut se lever, s'occuper de ses autos, etc., par moment s'éveille, reprend connaissance et se plaint de douleurs de tête épouvantables. Le lundi, maux de tête toute la journée, vomissements.

Le Dr Lemoine, appelé le mercredi matin, fait le diagnostic de méningite et m'appelle en consultation.

Je transcris ci-dessous nos observations :

Le mercredi, le Dr Lemoine note que les vomissements ont cessé; la céphalalgie persiste, ainsi que la rachialgie. Douleur du sacrum à la pression. Raideur de la nuque depuis la veille au soir. Kernig positif, réflexes rotuliens absents. Pas de Babinski. Réflexes cutanés forts. Réflexes tendineux des membres supérieurs présents. Parésie du droit externe du côté droit. Réflexes pupillaires normaux. Vue trouble; parfois diplopie. Température 38°. Ponction lombaire : quelques centimètres cubes de liquide trouble; polynucléose. Pas de microbe à l'examen direct (Cohen). Culture.

Le jeudi, légère amélioration : température 39° le matin, 38°8 le soir. Pouls 25 au quart. Urine abondante, rougeâtre, soif ardente; la raideur de la nuque a diminué. Le malade peut se lever et marcher. Réflexes pupillaires normaux. Paralysie du droit externe, nystagmus quand le malade regarde vers la droite. Vertige dans la station debout (pas de Romberg). Les objets sont fixes, le malade se sent tourner vers la gauche. La céphalée est surtout marquée au niveau de la région temporale et derrière l'oreille droite, où on trouve un point très sensible à la pression. Instabilité sur la jambe droite plus marquée que sur la jambe gauche. Phénomènes de flexion combinée de la cuisse sur le tronc présent des deux côtés. Réflexes rotuliens absents à cause de la contracture des muscles postérieurs de la cuisse. Réflexes plantaires douteux, plutôt en flexion. Ataxie légère des quatre membres, un peu plus marquée dans les membres droits. Pas de troubles de la diadococinésie.

Le vendredi. Température 38°7 le matin. Pouls 22. Le malade s'est levé seul plusieurs fois la nuit.

Ponction lombaire. Liquide trouble.

Le soir, délire avec hallucinations visuelles et auditives.

La culture a permis de reconnaître la présence de méningocoque dans le liquide extrait le mercredi.

Le samedi. Délire tranquille, professionnel. Température 38°8. Pouls 27. Injection de 45 centimètres de sérum de Flexner à 2 heures. A la fin de l'injection, petit ictus épileptique et syncopal.

A 5 heures, température 38°2; pouls 21; délire persiste.

La nuit, il fut très agité; il fallut le retenir de force dans son lit un grand nombre de fois. Il ne se calma que vers 7 heures du matin.

Le dimanche, état général moins bon. Le malade s'affaiblit, transpire beaucoup. Peut cependant encore se tenir debout pendant que l'on fait son lit. Pouls 18. Respiration 28. Température 38°3 le matin.

Etat mental. Calme, subdélire avec bouffées délirantes par moment, surtout la nuit. Entrecoupe ses propos d'histoires d'automobiles et autres soucis professionnels. Répond bien aux questions. Se plaint d'être très faible. Il a faim, dit-il; la nuit, il s'est levé deux fois, voulait partir. Ce n'est que vers 7 h. 1/2 du matin qu'il est devenu tranquille comme maintenant.

Nerfs craniens. — I (?); II, rien à l'ophtalmoscope. Pas de photophobie.

III, IV et VI. Tendance au ptosis tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. Tous les mouvements du globe sont bons, sauf que le droit externe du côté droit ne donne qu'une action incomplète. Nystagmus (?).

V. Moteur et sensible normal.

VII. Néant.

VIII. Néant.

IX, X et XII. Rien à signaler, sauf langue légèrement déviée à droite.

XI. Contracture des deux sterno-cléïdo-mastoïdiens et des portions supérieures des trapèzes.

Système musculaire. Secousses musculaires erratiques le plus souvent à la face, au bras et à la poitrine. Tête et cou, mouvements difficiles, limités ou impossibles. La flexion en avant est la plus limitée.

Tronc : raideur des muscles des gouttières vertébrales moins forte qu'au cou. Muscles abdominaux normaux. Ventre non rétracté.

Membres supérieurs. Force assez bonne des deux côtés. Ni raideur, ni atonie; tous les mouvements possibles, mais maladroits par moments (état mental?). Pas de tremblement ni d'ataxie.

Réflexes du coude, du biceps et du supinateur présents.

Membres inférieurs. Pas de raideur constante, mais raideur à l'occasion du mouvement.

Réflexes rotuliens présents des deux côtés et égaux. Pas de clonus du pied.

Sensibilités normales partout.

Réflexes cutanés. Plantaire normal des deux côtés; crémastérien normal à gauche; abdominal normal; épigastrique normal.

Kernig positif des deux côtés.

Sphincters : normaux.

Station et marche. Possibles, mais un peu incertaines.

Urines. Fébriles, mais en bonne quantité.

Malgré les injections répétées de sérum, l'état du malade continua à s'aggraver et il mourut au douzième jour de la maladie sans avoir présenté d'amélioration.

Observation IV. — Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, malade, à ce qu'elle nous dit, depuis une dizaine de jours : fièvre, troubles gastro-intestinaux et douleurs généralisées. Le premier médecin qu'elle consulta chez elle, le Dr Demoulin, constatant que la nuque présentait de la raideur, l'envoya aussitôt à l'hôpital avec le diagnostic provisoire de méningite.

A l'entrée à l'hôpital, la température de la malade est de 38°9, elle s'élève le soir à 39°7. La malheureuse pousse des cris et des gémissements continuels. Elle se plaint de douleurs partout dans les membres, dans les reins et la tête particulièrement. La raideur de la nuque est nette, mais son intensité varie notablement d'un moment à l'autre.

Je vois la malade le lendemain soir. La raideur de la nuque est nette, la sensibilité superficielle des membres inférieurs est douloureuse. Les douleurs spontanées, continuelles. Pas de Kernig. Pas d'irrégularité ni de ralentissement du pouls. Le ventre est mou; pas de constipation. Pas de paralysies oculaires. Réflexes pupillaires normaux; réflexes tendineux faibles. Réflexes plantaires en flexion des deux côtés. Large plaque d'herpès au niveau du cou, à droite et herpès linéaire au niveau de la clavicule droite. Température 38°7, 39°2. Je fais une ponction lombaire : le liquide ne s'écoule pas spontanément. Après plusieurs essais au niveau de plusieurs espaces intervertébraux, j'obtiens enfin quelques gouttes de liquide par aspiration avec une seringue de Roux de 20 centimètres cubes. Malheureusement ce liquide ne put faire l'objet d'un examen.

Enveloppement humide général entre 35° et 40°. Sédation rapide des douleurs, disparition de la raideur de la nuque. La malade se lève sans aide et sans douleur, mange et passe une bonne nuit. Le lendemain, la température est toujours au-dessus de 38°, mais l'état de la malade est des plus satisfaisant. Vers le soir, les douleurs reprennent, la raideur de la nuque aussi. Température 39°8. Le surlendemain, la température est remontée à 39°4. Pouls 120. Respiration rapide, superficielle. Difficulté de tousser, de cracher. Pas de Kernig. Réflexes tendineux forts. Pas de Babinski. Hyperesthésie générale extraordinaire. Rétention urinaire. Douleurs épouvantables le long de la colonne vertébrale et à la tête. Pupilles dilatées et fixes.

Nouvelle ponction lombaire. Le liquide ne s'écoule pas spontanément. Par aspiration avec une forte seringue de 30 centimètres cubes, nous extrayons environ 20 centimètres cubes de liquide trouble qui se coagule en grumeaux dans le tube stérilisé.

L'examen du liquide centrifugé, fait le jour même par Cohen, ne permit de reconnaître aucun microbe. Polynucléose.

La culture sur gélose sang ne permit d'identifier le méningocoque que six jours plus tard.

La malade mourut subitement dans la nuit.

Autopsie. — Lepto-méningite postérieure. Les méninges de la face antérieure de la moelle paraissent absolument normales. Hémorragie sous-arachnoïdienne frontale. Petites hémorragies ponctiformes nombreuses dans le cerveau. Hémorragie bulbaire.

Si nous considérons ces 4 cas au point de vue clinique, ils se répartissent comme suit :

Une forme typhique;

Deux formes aiguës mais de débuts différents;

Une forme larvée, d'un genre anormal que nous n'avons pas encore vu signaler.

Dans un seul cas, le diagnostic aurait pu être fait précocement, et il fut soupçonné, mais l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien ne permit pas de le confirmer, et ce ne fut qu'après le troisième jour que la culture donna un résultat positif. Comme le médecin n'avait été appelé que le troisième jour de la maladie, le diagnostic ne fut confirmé que le sixième jour.

Il en résulte qu'aucun de nos cas ne fut traité dès le début. C'est en grande partie à ce fait qu'il convient d'attribuer l'échec des injections de sérum.

Deux cas d'ailleurs ne subirent aucun traitement spécifique, l'un d'eux étant mort subitement au moment où l'examen du liquide céphalo-rachidien permettait de reconnaître son affection, l'autre étant morte d'hémorragie bulbaire vraisemblablement, avant que la culture ait permis d'identifier (le cinquième jour après l'ensemencement) le méningocoque de Weichselbaum.

Les deux cas traités le furent dans de mauvaises conditions. Le premier était un épuisé par trois affections fébriles : érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, et une autre maladie fébrile indéterminée, sorte de septicémie, qui s'étaient abattues sur lui en moins de trois ans, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par son médecin, le docteur Cerf.

D'ailleurs il n'entra en médecine que le quinzième jour de sa maladie, et ne passa dans mon service que neuf jours plus tard. Sans perdre un instant, nous n'arrivâmes à le traiter que le vingt-cinquième jour de la maladie. Malgré cela, les ponctions lombaires et les injections de sérum exercèrent une influence manifeste. Le méningocoque disparut du liquide spinal, et l'autopsie nous permit de constater la guérison de la méningite rachidienne. Nous avons la conviction que, malgré les conditions déplorables dans lesquelles il se trouvait, l'homme aurait pu être guéri si le sérum avait atteint les méninges cérébrales comme les méninges spinales.

En pareil cas, c'est-à-dire lorsque les injections rachidiennes restent sans effet, on devrait, semble-t-il, songer toujours à une obstruction séparant les méninges cérébrales des méninges spinales et porter le sérum dans la cavité cranienne. Cushing et Sladen, ainsi que Fischer furent amenés à pareille intervention, et opérèrent par ponctions et injections ventriculaires avec un plein succès. Pour ma part, l'expérience de notre premier cas m'a complètement convaincu de la nécessité de ce traitement.

Notre second cas ne fut traité que le sixième jour. Les injections rachidiennes furent sans effet. Dès le début, du reste, son affection avait une allure manifestement cérébrale. L'autopsie malheureusement ne put être faite.

Comme nous avons pu le remarquer à l'autopsie du cas I, le sérum a surtout une action locale. Passe-t-il dans le torrent circulatoire en quantité suffisante et y garde-t-il toute son efficacité?

C'est une question que nos observations ne nous permettent pas de résoudre. En tout état de cause, il a rendu le liquide rachidien stérile dans un de nos cas.

D'ailleurs n'a-t-on pas vu des cas où le liquide ventriculaire était rempli de méningocoques alors que le liquide rachidien était absolument stérile (Cushing et Sladen) ?

Ce que nous pouvons affirmer aussi, c'est qu'à l'autopsie nous avons retrouvé dans le sac lombo-sacré, très dilaté, un liquide qui ressemblait beaucoup, comme consistance et comme couleur, au sérum que nous avions injecté plusieurs jours avant la mort.

Les causes de la mortalité dans les deux cas traités doivent être rapportées principalement au diagnostic tardif, à l'insuffisance du traitement rachidien et à l'épuisement antérieur du malade. Pour les deux autres, les difficultés du diagnostic étaient très grandes. Le cas II ne présentait aucun symptôme méningé, si ce n'est un sommeil pathologique. De plus, le liquide céphalo-rachidien, chez lui, était tout à fait clair, malgré la présence de méningocoques.

N'ayant pas fait d'autopsie, nous en sommes réduits à des hypothèses. Il n'est pas interdit de penser que nous avons eu affaire à un cas d'hydrocéphalie interne tardive chez un individu convalescent d'une infection à méningocoques.Pareils cas ont été signalés par *Cushing et Sladen* notamment. Il arrive même que l'on ne parvienne plus à identifier, dans ces cas, le méningocoque de Weichselbaum. Le cas de *Fischer,* auquel nous avons déjà fait allusion, est un exemple de cette anomalie.

Cette hydrocéphalie interne expliquerait à la fois la somnolence et la mort subite de l'individu d'ailleurs atteint de myocardite.

Le dernier cas présente un intérêt considérable en raison de la localisation postérieure des phénomènes inflammatoires des méninges coïncidant avec des éruptions herpès zona et la prédominance des phénomènes douloureux, sans raideur des membres, ni signes de Kernig.

Il convient de souligner aussi le caractère passager et peu prononcé de la raideur de la nuque, ainsi que la trompeuse rémission produite par l'enveloppement humide chaud.

Ici la ponction lombaire elle-même ne nous donna pas tout de suite les précieux renseignements nécessaires au diagnostic. Le liquide était purulent, épais et ne s'écoulait pas. L'aspiration avec une seringue de Roux ne parvint à extraire que quelques gouttes de liquide. Le fait a été signalé déjà par Bagley notamment. Généralement ces cas sont d'un mauvais pronostic.

L'examen critique de nos quatre cas ne permet donc aucunement de tirer argument de leur issue fatale contre l'emploi du sérum de Flexner.

Celui-ci, en effet, exerce une action curative certaine qui a été

mise en évidence au cours des dernières épidémies, aussi bien en France qu'en Amérique.

Koplik publia, en 1908, une série de 13 cas avec 2 morts seulement.

D'après *Ker*, d'Edimbourg, le sérum de Flexner a réussi à abaisser la mortalité d'un tiers.

En France, l'épidémie d'Evreux a fourni à *Netter* une expérience démonstrative. Sur un ensemble de 48 cas, 24 soumis à la sérothérapie ont fourni 4 décès, soit une mortalité de 16 % ; les 24 autres, traités par le sérum, ont donné 16 décès, soit une mortalité de 67 %.

Comby confirme ces heureux résultats.

Voici d'ailleurs les résultats de *Flexner* :

D'après une analyse de 523 cas, la mortalité brute sans déduction des cas foudroyants a été de 29,6 %.

La mortalité pour les cas injectés dans les trois premiers jours est de 9 % ; du quatrième au septième jour, elle monte à 21,1 %.

On voit l'importance du diagnostic précoce.

L'âge a une influence également ; de 15 à 20 ans, la mortalité est de 31,7 % ; au-dessus de 20 ans, elle monte à 39 %, c'est-à-dire qu'il y a le plus de cas foudroyants.

Depuis, Flexner a publié un autre travail portant sur 1,000 cas qui confirme entièrement les conclusions de la publication précédente.

La mortalité, qui, avant le sérum, était de 60 à 80 %, comme l'a montré notamment *Morgan Retch* (traitement symptomatique, ponction lombaire simple, sérum antidiphtérique), est tombée, par l'usage du sérum spécifique, en dessous de 20 %.

Pour *Vaillard*, la mortalité en France, qui était de 67 % avant le sérum, n'est plus que de 16 % avec le traitement sérique.

Faut-il mettre en évidence les réflexions qu'inspire l'histoire de ces quatre cas au point de vue de la contagion, de l'épidémicité de la maladie ainsi que de la prophylaxie ? Les difficultés de diagnostic, le caractère vague de certain début de la méningite, la défaillance même de la ponction lombaire, nous disent assez qu'il doit y avoir beaucoup de méningites cérébro-spinales méconnues. Ce sont précisément celles-là qui contagionnent le plus leur entourage. C'est évidemment du côté du diagnostic que les efforts les plus urgents sont nécessaires. On perd trop de temps encore, dans certains cas, pour les examens du liquide céphalo-rachidien et la culture.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop attirer l'attention des praticiens sur la fréquence de cette affection beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement.

Il importerait d'ailleurs de rechercher, comme *G. Mayer et Waldmann* l'ont fait pour la ville de Munich, les foyers anciens d'où la

maladie se propage et pour les attaquer énergiquement et les réduire peu à peu, car il ne faut pas se dissimuler que la prophylaxie est des plus malaisée, en raison des porteurs de germes indemnes qui circulent impunément.

Bien qu'habitant la même commune, nos malades ne paraissent pas avoir été en contact; ils ne se connaissaient pas, n'avaient aucun rapport, et leurs domiciles étaient dans des quartiers différents. Ils furent atteints à des dates assez éloignées : le premier cas se déclara dans la seconde moitié de novembre. Le deuxième, qui venait du département du Nord, vint à l'hôpital en janvier. Chez le troisième, la maladie se déclara le 24 janvier, et chez le quatrième, vers le milieu du mois de mai. Deux de ces malades voyageaient beaucoup. Le premier et la dernière étaient absolument fixés et sédentaires; ils ont certainement pris la maladie sur place.

En conclusion, nous attirerons l'attention sur la nécessité de pratiquer des ponctions lombaires exploratrices chez les malades susceptibles d'être atteints de méningite. Il importe d'avoir présente à l'esprit l'extrême variété des formes cliniques de cette maladie et notamment de ces modes de début.

Lorsqu'on n'obtient pas de liquide, il importe d'exercer une aspiration suffisante pour s'assurer si on n'est pas en présence de liquide purulent peu fluide.

L'examen direct doit toujours être appuyé par la culture prolongée.

En cas de résultat négatif, il y a lieu de chercher d'autres moyens de diagnostic rapide, tel que la précipito-réaction de Vincent. Dans le doute, il convient de prendre les méningites à polynucléose pour dues au méningocoque, et de les traiter en conséquence. Pour les cas de complications tardives où il s'agit en quelque sorte d'un diagnostic rétrospectif, l'emploi de la réaction de fixation de Bordet-Gengou peut être le seul moyen de déterminer la nature de la maladie, comme l'a montré Cohen.

En tous cas, il faut aller vite. Du diagnostic et du traitement précoce dépend le plus souvent l'issue de la maladie.

Pour faire tout son devoir en pareil cas, le médecin doit pouvoir compter sur un laboratoire prompt et bien outillé.

Le sérum de Flexner exerce une action curative évidente; même dans les cas tardifs et dont l'issue est finalement fatale. Il s'agit surtout d'une action locale, de contact. C'est pourquoi les injections rachidiennes sont insuffisantes dans certains cas, et il importe alors de combiner leur action avec celle des ponctions et injections intraventriculaires.

C'est un devoir absolu d'injecter les malades le plus tôt possible: chaque journée perdue diminue les chances de succès du traitement.

XXIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

—

Amiens, 1911

—

(*Suite*)

II. *Il n'existe aucune lésion organique* paraissant susceptible d'intervenir dans la production de la douleur psychopathique. Il faut alors s'abstenir. Toute opération, réelle ou simulée, ne servirait de rien. La contre-indication, qui pourrait à la rigueur être discutée dans certains cas de douleurs pithiatiques, est formelle lorsqu'il s'agit de douleurs d'origine paranoiaque.

L'opération, réelle ou simulée, serait un nouvel aliment au délire, servirait de point de départ à de nouvelles interprétations. La conviction est inébranlable, résiste à ce qui nous paraît, à nous, hommes à peu près normaux, des preuves irréfutables. Et, comme le disait récemment mon maître M. Deny, dans une de ses leçons à propos d'une malade atteinte d'un délire systématisé de grossesse, on ouvrirait ce ventre de cette femme, on lui montrerait, si cela était possible, tous ses organes un à un pour lui faire constater l'absence de tout embryon, que cela ne modifierait en rien sa conviction; elle dirait que le fœtus se cachait ailleurs, qu'on ne l'a pas vu, qu'en refermant le ventre on l'a remis en place; qu'on a laissé une greffe, etc... ; elle imaginerait une raison quelconque; son délire et ses sensations de grossesse n'en seraient nullement atténués.

Mais, entre ces deux cas extrêmes, il existe de très nombreux cas intermédiaire, pour lesquels la conduite à tenir est beaucoup plus discutable.

Ce sont ceux dans lesquels la douleur psychopathique paraît liée à une lésion qui, par elle-même, ne commande pas absolument une intervention et dans lesquels cependant l'intervention serait justifiée si elle pouvait faire disparaître les troubles douloureux. Ces cas embarrassants s'observent, par exemple, à l'occasion de déplacements d'organes, rein mobile, prolapsus utérin, etc...

C'est alors qu'il faut essayer de faire la part de ce qui revient au psychisme et à la lésion. C'est un point souvent très difficile et incertain.

Nous ne dirons maintenant qu'un mot de la psychothérapie. Par la psychothérapie, on ne peut évidemment espérer agir sur sur les douleurs d'origine auto-suggestive et à condition de pouvoir produire une suggestion thérapeutique plus forte que la suggestion pathologique.

CONCLUSIONS

1. — Le terme de douleur psychopathique est trop vague pour pouvoir être employé ainsi sans épithète, lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic.

On doit toujours essayer de déterminer de quelle douleur psychopathique il s'agit. De la différence de nature résulte une différence de pronostic et de traitement.

Ici, comme d'ailleurs pour n'importe quel trouble, la thérapeutique ne peut être efficace que si elle est basée sur un diagnostic exact et complet. Ce diagnostic est particulièrement important à préciser quand se pose la question d'une intervention.

Dire douleur psychopathique n'est pas faire un diagnostic; c'est, tout au plus, une première étape du diagnostic.

2. — Comme nous avons essayé de le montrer, ce qu'on entend d'ordinaire sous le nom de douleurs psychopathiques répond à des troubles de signification très différente. C'est pour essayer de classer tous ces troubles que nous les avons répartis dans les quatre groupes : hallucinatoire, pithiatique, paranoiaque et cénesthopathique.

3. — Mais, pour dire toute notre pensée, il nous semble que, si l'on va au fond des choses, seules les douleurs pithiatiques et paranoiaques devront être considérées comme des douleurs psychopathiques, car, seules, elles ont une origine réellement psychique (que leur point de départ soit ou ne soit pas une lésion réelle).

Les douleurs hallucinatoires sont au contraire la conséquence obligée de l'hallucination. Comme nous l'avons vu en les étudiant, c'est l'hallucination qui est ici psychopathique, ce n'est pas la douleur elle-même.

Quant aux douleurs cénesthopathiques, ce sont bien moins encore des douleurs psychopathiques. Elles nous apparaissent comme des troubles liés au déséquilibre constitutionnel ou acquis d'un appareil nerveux spécial. Elles sont à rapprocher, par exemple, de certains troubles moteurs, tremblements, chorées, etc..., qui sont dus également au déséquilibre constitutionnel ou acquis d'un appareil nerveux d'importance physiologique très analogue.

Bien que relevant d'un trouble du système nerveux supérieur, elles ne sont pas, physiologiquement, au même degré hiérarchique que les douleurs pithiatiques et paranoiaques.

Elles dépendent de ce groupe complexe de fonctions automatiques qui assurent l'adaptation de l'être aux variations du milieu, et qu'on ne peut encore qu'entrevoir.

De la valeur du témoignage des aliénés en justice

Psychologie du témoignage

En France, les études psychologiques concernant le témoignage figurent surtout dans l' « Année Psychologique » de Binet. C'est dans ce recueil que Larguier des Bancels (1) (à qui nous avons emprunté les indications chronologiques qui précèdent) a publié, en 1906, un travail très complet sur la psychologie du témoignage (avec bibliographie) indiquant l'état actuel de cette science nouvelle et formulant comme suit les données bien établies et les résultats déjà obtenus .

I. L'erreur est un élément constant du témoignage. Le témoignage sincère ne mérite pas la confiance qu'on lui accorde communément.

II. Les erreurs sont beaucoup moins nombreuses dans le récit spontané que dans l'interrogatoire.

III. La valeur d'une réponse dépend étroitement de la forme de la question qui l'a provoquée. La question forme avec la réponse un tout indivisible.

IV. Toute question dont la forme implique une suggestion doit être évitée. Les enfants, en particulier, n'opposent qu'une résistance minime aux suggestions de l'interrogatoire.

V. Les données relatives au signalement d'un individu ne méritent, en

---

(1) Larguier des Bancels. *La Psychologie judiciaire. Le témoignage.* Année psychologique XII. 1906.

général, qu'une confiance très restreinte. Les renseignements qui portent sur les couleurs n'ont pratiquement aucune valeur.

Toutes ces recherches et tous ces travaux s'imposent à l'attention des psychologues, des historiens, des magistrats, des médecins et de tous les esprits cultivés.

La loi française et le témoignage des aliénés

Mais la loi elle-même, que dit-elle, que disait-elle sur le témoignage des aliénés ?

Dans notre *ancien droit*, l'insensé était incapable de déposer en justice : c'était là une vérité trop sensible, disait-on, pour qu'elle ait besoin de preuve. Mais, pouvait être témoin l'individu qui était d'un esprit faible et tendant pour ainsi dire à l'imbécilité : seulement, son témoignage, déclarait-on, ne mérite pas grande confiance. — C'est-à-dire que le pouvoir d'appréciation du magistrat était fort large : les insensés seuls ne devaient pas être écoutés.

Dans notre *droit moderne*, nul texte de loi, ni en matière civile, ni en matière pénale. — On s'accorde toutefois à reconnaître que, sur ce point, le droit ancien a été maintenu : ses deux règles, dit-on, sont tellement évidentes et s'imposent si rigoureusement qu'il était inutile au législateur de les reproduire. D'une part, l'insensé ne peut déposer ; de l'autre, les individus d'un esprit simple et voisin, pour ainsi dire de l'imbécillité, doivent être entendus, sauf aux juges à avoir à leur déclaration tel égard que de raison.

Quant à la *jurisprudence*, la Cour de cassation a décidé, en matière pénale, que l'état d'aliénation mentale d'un individu ne s'oppose pas « légalement » à ce que son témoignage soit produit aux débats.

Le 30 mars 1854, la Cour suprême a déclaré qu'un idiot pouvait être entendu aux assises pour simple renseignement.

En matière civile, notre Code ne s'est occupé des anormaux de l'esprit qu'au point de vue de leur capacité juridique, de leur faculté de disposer de leurs biens, de les administrer. L'article 489 du Code civil dit que, non pas l'aliéné (ce terme n'a été inauguré que par la loi du 30 juin 1838), mais l'individu qui est dans un état habituel d'imbécilité, de démence ou de fureur (la fureur est la démence portée au plus haut degré), doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ; et l'interdiction l'assimile au mineur, c'est-à-dire qu'elle lui enlève non seulement la disposition, mais l'administration de sa personne. Que si, au contraire, au lieu d'être habituel, cet état d'imbécilité, de démence ou de fureur n'est qu'accidentel, on devra pour faire tomber l'acte, prouver qu'au moment où il a été passé, l'état anormal existait.

Quant aux individus internés dans un établissement d'aliénés, s'ils ne sont pas interdits par jugement, leurs contrats sont valables, sauf à être attaqués pour cause de démence. Et dans les débats auxquels donnent lieu des affaires de ce genre, les tribunaux n'admettent qu'avec circonspection la preuve de la démence : ils ne jugent péremptoires les faits établis que s'ils contiennent une démonstration complète.

Cet esprit dans lequel sont rendues ces décisions indiquent que notre magistrature est peu disposée à reconnaître l'irresponsabilité des citoyens et la diminution par arrêts de leur capacité juridique.

Il semble donc que ce soit d'après ces tendances qu'il faudrait examiner la question de validité du témoignage des anormaux, sauf, bien entendu, à apprécier les effets de leurs témoignages d'après les circonstances.

Avons-nous besoin d'ajouter, du reste, que parmi les effets légaux de l'interdiction prononcée ne figure pas l'incapacité d'être témoin, et cela d'autant moins que l'interdiction n'exige par un état *permanent*, mais seulement un état

habituel d'imbécilité, de démence ou de fureur, et qu'on a pu être témoin du fait lors d'un moment lucide.

Pour apprécier les dépositions, le magistrat qui ne possède pas encore les données de la science psychologique du témoignage, n'en étudie pas moins les circonstances du fait et la personnalité du témoin; — pour le *fait*, sa nature, sa simplicité ou sa complexité, sa durée, son ancienneté, sa force d'impression; — pour le *témoin*, son caractère, son âge, sa valeur intellectuelle, l'état de son émotivité au moment de l'événement, les agents extérieurs, personnes ou choses, qui soit alors, soit depuis, ont pu exercer une influence sur son esprit ou sa volonté, et enfin, le degré de netteté et de précision de son récit et la concordance ou la discordance, sur des points importants, sur les circonstances caractéristiques, de ce récit avec les autres témoignages ou les autres pièces du dossier.

LE TÉMOIGNAGE DES ALIÉNÉS

Comme le Dr Cullerre et le professeur Dupré, nous envisagerons le témoignage dans son acception la plus large, non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation. Le témoignage peut être direct ou indirect, verbal ou écrit, spontané ou provoqué.

Nous allons passer en revue les différentes formes mentales susceptibles de provoquer des faux témoignages, en commençant par les états morbides les plus caractérisés pour finir par ces états dégénératifs intermédiaires entre l'état normal et la maladie, suivant, pour ainsi dire, leur intérêt médico-légal.

LES DÉMENTS

Il semblerait que la déchéance intellectuelle du dément ne puisse pas laisser le moindre doute au sujet du peu de valeur que l'on peut accorder à son témoignage. Et cependant, malgré la perturbation profonde des fonctions psychiques, malgré les troubles de l'attention et de la conscience, malgré beaucoup de réponses absurdes ou puériles en relation avec l'altération de la mémoire, le dément paraît parfois s'exprimer correctement et coordonner ses idées : il peut, par apathie, indifférence, suggestibilité, diminution de l'acuité de la vue et de l'ouïe, interprétation fausses ou hostilité irraisonnée, apporter des affirmations inexactes.

Dans la paralysie générale, soit au début, soit durant une période de rémission, n'est-il pas possible qu'un témoignage puisse avoir toute sa valeur? — Assurément, il est des cas où une déposition peut être acceptée, lorsque l'affaiblissement psychique ne se traduit pas par des modifications dans l'attitude, le langage ou les réactions extérieures; mais il faut songer que l'indifférence, l'instabilité et les troubles de la mémoire peuvent altérer des souvenirs souvent imprécis et qu'on peut obtenir, à quelques heures d'intervalle, des réponses absurdes ou contradictoires que l'on arrive même à provoquer, orienter ou modifier. Lorsque la maladie est confirmée, en pleine évolution, le pouvoir de contrôle est réduit au minimum et les processus imaginatifs, libres de tout frein, s'exaltent sans mesure. Il en résulte une fabulation désordonnée, anarchique, colossale (Dupré et Logre) (1).

L'apathie, l'anesthésie affective et morale, l'indifférence émotive que l'on

(1) DUPRÉ et LOGRE. *Les délires d'imagination.* Mythomanie délirante. (*Encéphale*, 10 mai 1911.)

constate chez les déments précoces indiquent le peu de crédit que l'on peut accorder à leur témoignages.

Dans la démence sénile ,on voit fréquemment se surajouter soit les états mélancoliques avec idées d'auto-accusation, soit des idées de persécution avec accusations mensongères surtout contre l'entourage ou les personnes de la famille. « On les vole, on les viole. » (Mabille, Congrès de la Rochelle.)

En matière de *témoignage judiciaire*, on conçoit quels dangers peuvent présenter les assertions de tels malades, lorsque la démence, encore au début, laisse au témoin toutes les apparences d'une bonne santé physique. — Nous pouvons dire avec Devaux et Logre (1) qu'il convient au médecin légiste d'avoir toujours présente à l'esprit, surtout lorsqu'il s'agit d'un vieillard, la possibilité du syndrome de l'amnésie fabulante. En dépit de l'opinion reçue, la sagesse classique des vieillards, pas plus que l'innocence proverbiale des enfants, n'est un sûr garant de véracité ; le radotage des uns et le babillage des autres sont également tributaires de la mythomanie et le témoignage, toujours si suspect à tous les âges, acquiert, aux deux périodes extrêmes de la vie, un maximum d'incertitude (2) (3).

Les maniaques

Dans les états maniaques, le désordre général des paroles et des actes, l'instabilité mentale et physique, la difficulté de capter l'attention en raison de la fuite des idées, s'opposent à ce qu'on puisse attacher une valeur suffisante à la logorrhée habituelle des malades, pour en rechercher l'importance médico-légale.

Il n'en est pas de même de la période d'expansion des circulaires qui, à la fois très vifs et très instables, ont un besoin incessant de suractivité intellectuelle. Leur humeur est taquine et foncièrement malveillante. (Falret, Baillarger, Régis). Ils se plaisent aux mensonges et à la médisance la plus cruelle.

Les mélancoliques

Les états mélancoliques qui occupent, en pathologie mentale, une place si prépondérante et qui se retrouvent dans des affections psychiques si diverses, se traduisent par des manifestations extérieures et des réactions multiples toujours sous la dépendance étroite de la douleur morale, des troubles cénesthésiques et du sentiment d'impuissance ou de déchéance caractéristiques.

De toutes les idées délirantes (humilité, indignité, ruine, damnation, expiation, etc...), nous retiendrons seulement celles de culpabilité et d'auto-accusation qui, débutant par le tourment moral et l'idée d'incapacité, aboutissent comme terme ultime à l'*auto-dénonciation*. Tandis que l'idée de culpabilité, en général, est diffuse et reste à l'état platonique (Oudard) (1), l'auto-dénonciation implique l'idée d'une culpabilité particulière.

D'après M. Dupré, la filiation chronologique des états de conscience qui,

---

(1) DEVAUX et LOGRE. *Amnésie et fabulation.* Etude du syndrome « presbyophrénique ». Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Janvier-février 1911.

(2) Pierre PARISOT. *Des faux témoignages des vieillards.* Etudes de médecine légale. Nancy 1904.

(3) C. CAZIN. *Etude médico-légale sur la valeur du témoignage du vieillard.* Thèse Nancy, 1906.

(1) OUDARD. *Le délire d'auto-accusation.* Thèse de Bordeaux, 1900.

chez le mélancolique, aboutissent à l'auto-accusation médico-légale, est la suivante :

1° Etat mélancolique.

2° Délire diffus de culpabilité indéterminée. La conviction de la culpabilité étant secondaire ou tourment moral, c'est ici, par une inversion de la chronologie psychologique ordinaire, le sentiment de remords qui engendre la notion de la faute.

3° Auto-accusation précise d'une faute déterminée.

4° Auto-dénonciation active, écrite ou verbale.

Au vaste groupe des mélancoliques étaient rattachés autrefois les persécutés. L'opposition qui paraît si manifeste entre deux états morbides si différents n'est cependant qu'apparente, puisqu'il existe des degrés intermédiaires qui forment pour ainsi dire une transition insensible. — Il s'agit des persécutés mélancoliques auto-accusateurs (Cotard, Régis et Meilhon, Jastrowitz, Koch, Meynert, Arnaud, Ballet, Séglas, G. Lalanne, Batailler, Roubinovitch, etc...) qui se présentent sous différentes variétés suivant la prédominance des symptômes, l'appoint alcoolique surajouté, l'état dégénératif sous-jacent et les associations pathologiques diverses. On distingue :

1° Les mélancoliques persécutés.

2° Les persécutés auto-accusateurs.

3° Les hypocondriaques persécutés auto-accusateurs.

4° Les persécutés auto-accusateurs alcooliques.

5° Le délire systématique primitif d'auto-accusation de Séglas.

Mais dans toutes ces formes, le caractère pathologique de l'auto-accusation est tellement manifeste qu'il n'y a presque jamais lieu à intervention médico-légale.

Les persécutés

Dans le délire systématisé progressif, parfois les persécutés qui ont des hallucinations de l'ouïe croient entendre dans une conversation tout autre chose que ce qui a été dit, ou bien, même sans hallucinations, ils interprètent faussement certaines paroles, suivant la tendance de leurs idées délirantes, — parfois encore, ils se plaignent aux autorités ou dénoncent par écrit leurs persécuteurs ; mais toujours, dans leurs paroles et dans leur sécrits, ils traduisent leurs hallucinations ; aussi leur délire est-il évident pour tous.

Dans le délire systématisé d'interprétation, véritable « folie raisonnante », Sérieux et Capgras ont dégagé un type nosographique qu'ils ont appelé « psychose chronique à base d'interprétations délirantes » ou plus simplement « délire d'interprétation ». C'est une psychose systématique chronique caractérisée par :

1° La multiplicité et l'organisation d'interprétations délirantes.

2° L'absence ou la pénurie d'hallucinations ; leur contingence.

3° La persistance de la lucidité et de l'activité psychique.

4° L'évolution par extension progressive des interprétations.

5° L'incurabilité sans démence terminale.

Le délire de fabulation représente le terme extrême du délire d'interprétation, celui dont la systématisation est la plus compliquée : ici, certitude absolue, explications claires, évidence indiscutable. Les fables que crée leur imagination font partie intégrante de leur vie.

Les *persécutés-persécuteurs* (Falret, Pottier, Magnan et Sérieux, Ballet,

Vallon, Leroy, etc...) sont des aliénés raisonnants sans hallucinations. Esclaves d'une idée de vengeance devenue pour eux une obsession (paranoiaques à idée prévalente de Dupré), ils passent leur existence à poursuivre avec un acharnement incroyable ceux dont ils se croient les victimes. Ce sont avant tout des fous lucides capables de faire bonne figure dans le monde qui les considère comme des originaux plutôt que comme des malades.

Doués d'une activité intellectuelle incroyable, d'une perspicacité d'esprit qui ne se dément dans aucune occasion, ils opposent, sans se déconcerter, des raisonnements subtils aux observations des médecins et des juges.

Parmi les persécutés-persécuteurs, nous ferons une place à part aux « processifs », encore appelés quérulants, chicaniers, réclameurs, querelleurs, revendicants (Casper, Beer, Krafft-Ebing, Hitzig, Meschede et Thomsen, Ballet et Roubinovitch, Westphal, Schule, Bera, Neisser, Tilling, Siefert, Heilbronner, Francotte, etc...). Le médecin-expert éprouve souvent les plus grandes difficultés à démontrer l'état d'aberration mentale de ces individus, d'autant plus qu'en dehors de leur « idée de préjudice judiciaire » (Maere), ces malheureux sont presque normaux. Dans leurs écrits, dont l'aspect seul est parfois caractéristique (paragraphismes de Morselli), ils se montrent des argumentateurs infatigables : « toujours armés du Code, il entassent les preuves, fournissent les dates, multiplient les détails ».

Comme le point de départ de leurs réclamations, bien que futile, est souvent justifié, et comme leur état d'exaltation intellectuelle donne à leurs arguments une force persuasive plus intense, leurs plaintes paraissent tellement justifiées que certaines personnes, victimes de persécuteurs processifs, ont pu être condamnées par les tribunaux (cas de Briand et Tissot).

Il n'est pas rare de trouver parmi les persécutés des faux témoins et des délateurs qui mentent cyniquement et avec un tel accent de vérité que leur serment ne paraît pas pouvoir être mis en doute. La vraisemblance qu'ils mettent dans leurs affirmations est quelquefois telle qu'ils trouvent des défenseurs dans la Presse et dans le Parlement.

Quelle est la valeur du témoignage de ces persécutés ? Assurément, de tels malades peuvent, en dehors de leurs conceptions délirantes habituelles, fournir des explications précises et véridiques, mais il ne faut pas oublier que les anomalies du sens moral et du caractère, liées le plus souvent à d'autres troubles dégénératifs, peuvent, sous des apparences trompeuses, altérer profondément la valeur d'une déposition.

Les dégénérés

La forme obsédante du délire qui, chez les persécutés-persécteurs est toujour dirigé dans le même sens, différencie ces malades de la classe générale des « fous moraux », où nous allons trouver comme caractéristiques dominantes l'instabilité et le polymorphisme des idées et des actes, et par-dessus tout, une profonde déséquilibration psychique avec tares intellectuelles, affectives et morales.

Parmi les nombreux stigmates de cette dégéneresoence mentale, il en est un, en relation étroite avec le sujet qui nous occupe, que le professeur Dupré a eu le grand mérite d'isoler et de décrire avec une extrême précision : il s'agit de la « mythomanie, tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires ».

La mythomanie, physiologique chez l'enfant, où elle est dénommée activité mythique, devient pathologique chez l'enfant anormal et chez l'adulte par sa persistance, son intensité et ses associations morbides. C'est chez l'adolescent que ce syndrome, mode d'infantilisme intellectuel, revêt les types classiques

les plus variés et les plus riches. La femme et surtout les petites filles sont beaucoup plus prédisposées que les hommes et les petits garçons aux manifestations mythopathiques.

La mythomanie revêt plusieurs formes cliniques. L'altération de la vérité se manifeste, non seulement par l'infidélité flagrante et cependant involontaire dans la relation des faits, mais encore par des variations et des contradictions inconscientes et spontanées qui ne doivent pas être confondues avec ce mensonge. La tendance spontanée et constante au mensonge constitue la série ascendante des manifestations mythomaniaques. La simulation associée du reste au mensonge, constitue en quelque sorte un des procédés employés par les mythomanes pour arriver à la forme la plus haute et la plus intéressante : « la fabulation fantastique ».

Cette dernière, qui varie dans ses manifestations d'après les ressources intellectuelles du sujet (depuis les degrés supérieurs de l'idiotie jusqu'aux variétés intelligentes de la déséquilibration cérébrale) est dirigée par les tendances morbides qui s'associent à l'activité mythique. Ces tendances morbides sont : la vanité, la malignité, la perversité, d'où la distinction des variétés, vaniteuse, maligne, perverse de la mythomanie.

Mythomanie vaniteuse. — Une de ses manifestations est la hâblerie fantastique, véritable besoin instinctif de mentir et de forger des histoires par vantardise et par fanfaronade.

Une autre forme de mythomanie vaniteuse qui nous intéresse particulièrement est l'auto-accusation criminelle. — Les mythomanes auto-accusateurs sont des débiles suggestibles qui, souvent sous l'influence de la boisson, se dénoncent comme les auteurs d'une grand crime ou d'un complot politique dont ils ont lu les détails dans la presse.

Cette variété de fabulation vaniteuse s'accompagne parfois d'auto-mutilation et se manifeste par certaines simulations d'attentats criminels sans désignation de coupables : l'enquête judiciaire n'aboutit pas.

Mythomanie maligne. — Cette forme, plus fréquente chez la femme, revêt deux formes principales, celle de la malice et celle de l'hétéro-accusation calomnieuse.

La forme malicieuse comprend des fabulations orales ou écrites, des mystifications variées avec dénonciations mensongères, envoi à la police de lettres anonymes indiquant de fausses pistes pour des causes sensationnelles, etc.

Dans l'hétéro-accusation calomnieuse, il y a l'énonciation formelle, orale ou écrite, aux autorités, pour désigner le vrai coupable, avec ultérieurement, collaboration à l'erreur judiciaire.

Mythomanie perverse. — La mythomanie perverse est celle dans laquelle la fabulation, mise en œuvre dans une mentalité amorale par des mobiles vicieux, tend à satisfaire une intention soit cupide, soit lubrique, soit simplement passionnelle ou intéressée (escompteurs de fortunes fictives).

Les hystériques

L'état mental des hystériques est constitué, de l'avis de presque tous les auteurs, par la désagrégation psychique, la prédominance de l'automatisme et des états subconscients, et présente comme caractères dominants un état plus ou moins prononcé de suggestibilité pathologique, une aptitude très grande aux hallucinations, la fréquence de troubles amnésiques et des altérations du caractère (Chabrun, Colin, Huchard, Janet, Gilles de la Tourette, Pitres, Laurent. Hartenberg, etc.).

L'hystérique peut émettre des accusations fausses, imaginaires, tantôt sin-

cères et d'origine onirique ou délirante, tantôt à la fois sincères et mensongères, suivant que l'hystérie intervient seule ou associée, soit à l'imbécilité morale, soit aux perversions vicieuses des instincts et aux tendances vaniteuses fréquentes dans la dégénérescence mentale. Les accusations fausses visent presque toujours autrui et cette fréquence des hétéro-accusations imaginaires des hystériques, dont l'histoire médico-légale est si fameuse, s'oppose à la rareté des auto-accusations de même origine. (Dupré, Congrès de Grenoble, 1902.)

Les auto-accusations hystériques furent cependant assez fréquentes au moyen-âge à l'époque des procès en sorcellerie; mais la névrose n'était pas seule en cause et se trouvait le plus souvent associée à d'autres éléments psychopathiques (débilité mentale, mélancolie, démonopathies, etc.).

D'ailleurs, le plus souvent, les auto-dénonciations impliquent une complicité : c'est la culpabilité à deux, un roman criminel à double héros. Il s'agit d'une « auto-hétéro-accusation », qui porte souvent sur des faits d'ordre génital (Dupré, *loc. cit.*, et Manet).

C'est surtout chez la femme hystérique que se rencontre le besoin d'attirer l'attention et de se mettre en scène, le plus souvent au moyen de supercheries variées, de simulations, de mystifications, d'insinuations accusatrices et parfois de dénonciations.

Le besoin pathologique d'imaginer de toutes pièces les événements les plus dramatiques, véritable « prurit d'inventivité » (Garnier) pousse l'hystérique aux fausses déclarations et aux accusations formelles, surtout caractérisées par la vraisemblance, le luxe et la précision dans les détails.

Les épileptiques

Le caractère égoïste, hautain et agressif de l'épileptique favorise les tendances aux dénonciations calomnieuses, mais n'est pas une terrain psychique propice au développement de l'auto-accusation. Cependant le mal comitial, dans l'extrême diversité de ses formes psychopathiques, peut placer soudainement le malade dans une situation telle que celui-ci peut devenir un auto-accusateur. C'est là qu'on trouve une variété rare d'auto-accusation indirecte qui dérive de la tentation qu'ont certains épileptiques d'expliquer, au sortir de leur crise, les actes inconscients et ignorés, commis par eux au cours de leur accès : en revendiquant pour ainsi dire la responsabilité de leur conduite, ils plaident coupable et deviennent leurs propres accusateurs.

Les alcooliques et les intoxiqués

L'influence néfaste de l'alcoolisme sur le psychisme normal et pathologique joue un rôle si prépondérant que nous avons voulu, en terminant, indiquer combien cette influence pouvait se manifester, soit à titre isolé, soit surtout à titre d'association morbide, au point de vue de la valeur du témoignage.

Si on passe en revue toutes les modalités cliniques si diverses de l'intoxication alcoolique, on s'aperçoit que c'est surtout dans l'ivresse psychique ou délirante et dans l'alcoolisme subaigu que se manifestent les idées d'auto-accusation : c'est là surtout qu'elles acquièrent de l'importance en raison de leur caractère transitoire et du retour consécutif, mais plus ou moins rapide, à la réalité.

Le délire hallucinatoire à forme onirique, avec son intensité dramatique, sa précision les troubles amnésiques ou confusionnels et la persistance fréquente,

avant la disparition des troubles toxiques, d'une phase intermédiaire, véritable « rêve prolongé » (Lasègue, Ball, Régis), explique comment les idées-images d'origine onirique peuvent donner ce caractère de conviction et de sincérité aux explications détaillées et précises fournies par les alcooliques.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

La *conclusion* qui se dégage de cette étude, c'est que la valeur du témoignage d'un aliéné est essentiellement variable et qu'il est désirable que les magistrats fassent appel au concours d'un médecin-aliéniste chaque fois qu'ils peuvent soupçonner, chez le témoin, un état mental morbide.

Mais l'expert n'a pas à apprécier le fait en lui-même : il devra se borner à déclarer si l'état des facultés intellectuelles du témoin est oui ou non de nature à rendre ses déclarations suspectes.

Rappelons enfin l'utilité d'une collaboration étroite entre les médecins-aliénistes et les magistrats et toute l'importance qu'il y aurait pour ces derniers à posséder quelques éléments essentiels de médecine mentale.

En effet, la nécessité pour les magistrats et les avocats de s'initier sérieusement aux questions de psychiatrie médico-légale qu'ils ont chaque jour la difficile mission d'examiner et de résoudre, apparaît de plus en plus, à l'heure actuelle.

En 1906, au Congrès d'anthropologie criminelle de Turin, Lombroso faisait émettre le vœu suivant : « *Les magistrats, les avocats et tous les auxiliaires de la justice devraient recevoir une instruction psychiatrique qui leur permette de savoir dans quels cas ils devront avoir recours aux médecins compétents afin d'éviter les erreurs judiciaires.* »

Enfin, au dernier Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française tenu à Bruxelles en août 1910, on avait émis le vœu « *que toute Faculté de Droit soit pourvue d'une chaire de criminologie et de pathologie mentale* ». Ce désir avait déjà été exprimé en 1895, au Congrès de Bordeaux, par le premier Président Delcurrou qui disait : « *La magistrature qui constate l'insuffisance de la préparation des générations actuelles à ces graves questions, voudrait que l'étude de la folie, considérée dans ses rapports avec la législation pénale et civile fut désormais organisée dans les Facultés de Droit.* »

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La signification morphologique des grands organes des sens de la tête

par A. BRACHET
Professeur à l'Université de Bruxelles

—

Rapport présenté au VII[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

—

Je voudrais consacrer ce travail à la démonstration des trois points suivants : 1° les grands organes des sens qui siègent dans la tête des craniotes (œil, oreille, organe olfactif), ont poursuivi toute leur évolution dans le phylum même des vertébrés; 2° ils sont les restes, spécialement adaptés pour des fonctions définies, d'un système d'organes beaucoup plus vaste, mais sans doute plus homogène au point de vue fonctionnel et structural; 3° enfin l'œil, l'oreille et l'organe olfactif, non seulement sont sérialement homologues entre eux, mais le sont aussi avec les ganglions des nerfs craniens mixtes (trijumeau, facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique).

Ces trois conclusions générales étant corrélatives l'une de l'autre, elles ressortiront ensemble de l'exposé des faits; aussi ne les dégagerai-je pas dans des chapitres distincts.

***

Je me propose donc d'établir, entre autres, l'homologie sériale des ganglions des nerfs craniens mixtes et des organes des sens spécialisés. Mais pourquoi ne pas étendre cette homologie aux ganglions spinaux, dont la structure histologique et les propriétés fonctionnelles ne diffèrent pas de celles du ganglion de Gasser ou du ganglion noueux du pneumogastrique? Parce que, *malgré ces analogies, les ganglions spinaux n'ont pas la même valeur morphologique que les ganglions des nerfs craniens;* ils se développent autrement et acquièrent, de ce fait, une signification différente.

Cette notion étant fondamentale, je commencerai par l'examen des faits, exclusivement embryologiques, sur lesquels elle repose.

L'origine des ganglions spinaux est, depuis longtemps, fort bien connue; elle est exposée dans tous les traités, et je n'en rappellerai que ce qui est indispensable pour le but que j'ai en vue.

Chez les embryons de tous les vertébrés, depuis les cyclostomes jusqu'à l'homme (v. Lenhossek), au moment où le tube médullaire vient de se fermer, parfois même plus tôt encore, un épaississement apparaît à sa voûte, dû à une prolifération active des cellules

qui la constituent. Cet épaississement s'étale ensuite vers la droite et vers la gauche et forme ainsi deux crêtes longitudinales, continues, qui, bientôt, s'infléchissent ventralement et s'insinuent entre les faces latérales du tube médullaire (ébauche de la moelle épinière) et les somites mésoblastiques. Elles sont formées de cellules fusiformes ou moulées les unes sur les autres; on leur a donné le nom de *crêtes ganglionnaires.* Bientôt encore, leur bord ventral se renfle métamériquement, en regard des racines motrices qui, à ce moment, sont déjà largement ébauchées. Chacun de ces renflements, qui, au début, a la structure de la crête elle-même, va donner naissance à un ganglion spinal par une série de différenciations histogénétiques. Mais tous les éléments de la crête ganglionnaire ne se transforment pas en cellules bipolaires ou unipolaires; un certain nombre d'entre eux s'appliquent sur les nerfs sensibles et moteurs pour en constituer les gaines de Schwann (Harrison [1]), et ce qui reste va former la chaîne des ganglions du grand sympathique (Kohn [2] et d'autres).

Dans toute cette évolution, un fait essentiel est à retenir, c'est que toutes les cellules de tous les ganglions spinaux procèdent directement des crêtes ganglionnaires primitives, et tirent leur origine réelle des éléments de la voûte du tube médullaire.

La genèse de ces ganglions est donc très simple, leur composition est parfaitement homogène, et c'est là ce qui importe au point de vue où je me place ici. Certes l'accord n'est pas fait sur bien des détails de leur histogenèse, la signification précise de certains processus n'est pas élucidée, mais je sortirais de mon sujet si j'entrais dans la discussion de toutes ces controverses.

En opposition avec cette simplicité et cette homogénéité extrêmes, le développement des ganglions des nerfs craniens mixtes, chez tous les craniotes, est beaucoup plus compliqué et soulève aussi des questions d'un intérêt plus général.

C'est à C. von Kupffer que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, montré tout le parti que la morphologie pouvait tirer des données embryologiques. Ses recherches, qui avaient porté sur l'*Ammocœtes,* ont été en grande partie confirmées, sur le même objet, par Koltzoff. Depuis lors, de nombreux auteurs, travaillant sur les vertébrés inférieurs et sur les amniotes, ont complété l'œuvre de Kupffer; leurs observations ont fait ressortir un bon nombre de faits que l'on peut considérer comme définitivement acquis à la science et qui seront à la base de tout l'exposé qui va suivre (Cf.

---

(1) HARRISON. *Americ. Journ. of* ***Anatomy,*** 1906.
(2) A. KOHN. *Arch. f.* ***mikrosk. Anat.,*** 1908.

les travaux de Van Wijhe, Froriep, Dohrn, C. Rabl, J.-B. Platt, Boeke, Brauer, Brachet, Marcus, R. Gast, etc) (1).

Dans la tête comme dans le tronc, il existe une crête ganglionnaire à droite et une à gauche; dans les deux parties du corps, elle apparaît par un processus identique : elle est une expansion de la voûte du systène nerveux central; mais des différences considérables ne tardent pas à se montrer.

La crête ganglionnaire cranienne est épaisse, massive; en longeur, elle s'étend depuis la région optique jusqu'aux derniers somites occipitaux; elle a son volume maximum au niveau de la bouche future, là où elle donnera naissance aux ganglions du trijumeau et aux branches qui en partent. Elle forme ainsi, de chaque côté du plan médian, une large bande de cellules fusiformes serrées les unes contre les autres; cette bande est continue au début, comme l'est, au même moment, celle qui donne naissance aux ganglions spinaux. A son extrémité caudale, elle se réduit brusquement dans le sens dorso-ventral, mais passe, sans interruption, dans la crête ganglionnaire du tronc (2).

Toutefois, quelle que soit l'importance de cette différence quantitative entre les crêtes ganglionnaires, cranienne et troncale, elle est minime en comparaison de la portée morphologique des différences qui existent dans leur situation topographique.

J'ai dit plus haut, en effet, que dans son extension dorso-ventrale, la crête ganglionnaire du tronc longe les faces latérales du tube médullaire, et se trouve ainsi séparée du feuillet externe de l'embryon (ectoblaste) par toute l'épaisseur des somites mésoblastiques. Il en est tout autrement dans la tête. Ici toute la masse du mésoblaste dorsal reste accolée aux parois de l'encéphale, et la crête ganglionnaire, en s'étendant progressivement vers l'insertion des arcs branchiaux, s'insinue *entre l'ectoblaste et le feuillet moyen.* Elle reste donc toujours superficielle et en rapport intime avec la couche cellulaire qui constituera plus tard l'épiderme.

---

(1) Cet article n'est pas un « Referat »; aussi le lecteur ne doit-il pas s'attendre à y trouver la bibliographie complète des questions qui y sont traitées. Ceux que la chose intéresse trouveront dans les travaux suivants toutes les indications historiques et critiques nécessaires : O. HERTWIG, Lehrbuch der vergleichenden und experimentellen Entwicklungsgeschichte. *Iena,* 1902-1906. — A. BRACHET, *Archives de Biologie,* XXIII, 1907. — H. MARCUS, *Morph. Jahrb.,* 1909. — R. GAST. *Mitthell. aus d. zoolog. Station su Neapel,* 1910. — O. GREIL. *Semons's zoolog. Forschungsreise.* Ce dernier travail, toutefois, contient plusieurs erreurs d'interprétation et même d'observation.

(2) Cette continuité des deux crêtes a été récemment contestée par FRORIEP. Je crois cependant que c'est à tort; la majorité des auteurs l'ont reconnue, et j'ai pu l'observer moi-même avec une netteté parfaite sur les embryons de plusieurs espèces d'amphibiens urodèles et anoures.

Ces notions topographiques, on le verra bien par la suite, ont une importance considérable.

Au moment de son apparition, et dans les premiers stades de son extension, la crête cranienne est continue; mais bientôt des incisures transversales la découpent en quatre tronçons, régulièrement placés à la suite les uns des autres, dans le sens cranio-caudal. Chacun de ces tronçons est la matrice d'un des nerfs craniens mixtes : le plus cranial est destiné à former le trijumeau; celui qui lui fait suite donnera le facial-intermédiaire (1) : il contient, en outre, la partie neurale des ganglions et des nerfs acoustiques; le troisième est l'ébauche du glosso-pharyngien et le quatrième, celle du pneumogastrique avec toutes ses branches et de la partie supérieure du spinal.

Après ce découpage, chacun des tronçons continue de s'accroître. Du premier partent trois chaînes cellulaires longues et épaisses, qui dessinent le trajet que suivront plus tard les branches ophtalmique, maxillaire supérieure et maxillaire inférieure. Le facial envoie dans l'arc hyoïdien un prolongement dans lequel apparaîtra plus tard le tronc principal du nerf. Le glosso-pharyngien s'ébauche par une colonne de cellules qui passe dans le premier arc branchial vrai, et enfin la crête ganglionnaire du pneumogastrique envoie dans tous les autres arcs branchiaux, des prolongements analogues.

Je n'indique cette évolution que pour montrer combien sont étroites les relations qui existent entre la crête ganglionnaire et ses dérivés d'une part, les nerfs craniens mixtes de l'autre. Les rapports histogénétiques de ces colonnes de cellules avec les fibres nerveuses ou les neurofibrilles soulèvent des problèmes tout autres que ceux qui font l'objet de cette étude, et je crois préférable de n'en rien dire.

Je reviens maintenant à la description du développement des ganglions sensitifs du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien et du vague. Elle sera basée sur les observations que j'ai pu faire chez les amphibiens anoures, où les faits se présentent avec une grande netteté (1). Le choix des amphibiens est d'autant plus justifié que, jusqu'ici, nos connaissances sur l'ontogenèse de la tête des amniotes restent encore fort incomplètes.

Dans les quatre tronçons résultant du morcellement de la crête

---

(1) Ce n'est qu'en anatomie descriptive que l'on fait du facial et de l'intermédiaire deux nerfs distincts. En réalité, le facial est un nerf mixte dont la partie sensitive est représentée par les fibres de l'intermédiaire de Wrisberg.

(1) Ces observations ont été confirmées, dans ce qu'elles ont d'essentiel, par MARCUS, chez les gymnophiones, et par R. GAST, chez les sélaciens.

ganglionnaire primitive, la partie la plus épaisse et la plus compacte siège dans la moitié dorsale du corps, un peu au-dessus du point où se font les insertions des arcs branchiaux. Ces quatre renflements, constitués de cellules toutes semblables, serrées les unes contre les autres, sont, par leur pourtour dorsal, en continuité avec la voûte du système nerveux central, tandis que de leur pourtour ventral partent les traînées que je signalais plus haut et qui dessinent le trajet des nerfs définitifs.

Bientôt, en regard de chacun d'eux, ou plutôt au contact de leur surface externe, l'ectoblaste avec lequel ils se trouvent en rapport s'épaissit. Jusqu'alors il était constitué, là comme dans le restant du corps, d'une mince lame de revêtement, formée de cellules plates, et d'une couche profonde de cellules cubiques, rangées en un épithélium. Ces cellules cubiques, dans la région que nous étudions, prolifèrent et en même temps se redressent et s'allongent jusqu'à devenir cylindriques. Il s'édifie ainsi quatre plaques nettement différenciées dans le restant de l'ectoblaste. Kupffer, qui les a, le premier, bien étudiées, leur a donné le nom de *placodes,* et nous les appellerons respectivement, en raison de leur situation : placode du trijumeau, placode du facial, placode du glosso-pharyngien et placode du pneumogastrique.

Leur évolution ultérieure est fort instructive ; la prolifération de leurs cellules continue pendant un certain temps encore, mais un grand nombre d'entre elles s'isolent et se séparent de leurs voisines, émigrent dans la profondeur et pénètrent dans les renflements de la crête ganglionnaire qui leur sont sous-jacents. Et ainsi, pendant longtemps, ces renflements sont unis à ce qui reste des placodes correspondantes par des tractus de cellules allongées. Dans la suite, ces tractus disparaissent, leurs cellules se mêlent à celles de la crête ganglionnaire, et finalement la placode elle-même s'efface et se nivelle complètement.

Il en résulte que ce processus une fois achevé, les renflements qui sont à la base des branches périphériques du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien et du vague, et qui sont les ébauches des ganglions sensitifs de ces nerfs, sont un complexe d'éléments de deux sources différentes : une partie dérive directement de la crête ganglionnaire primitive, le reste est formé de cellules provenant de l'ectoblaste également, mais par le détour des placodes.

Les stades ultérieurs du développement permettent d'assister à la transformation progressive des renflements en ganglions définitifs, par une série de différenciations histogénétiques dans les détails desquels je ne puis entrer. Ainsi se constituent, avec de simples différences dans les détails, le ganglion de Gasser, le ganglion géniculé du facial et, après un dédoublement secondaire, les deux ganglions du glosso-pharyngien et ceux du pneumogastrique.

La description qui vient d'être donnée, permet d'énoncer la conclusion générale suivante : *les ganglions spinaux n'ont pas la valeur morphologique des ganglions sensitifs des nerfs craniens mixtes : les premiers procèdent exclusivement de la crête ganglionnaire; dans l'édification des seconds intervient, en plus, une placode ectoblastique.*

Toutefois, si cette formule est d'une application générale, il y a cependant, du trijumeau au vague, des différences dans la part d'intervention respective qui revient aux deux constituants des ganglions. J'ai montré chez les anoures, et il en est de même chez les gymnophiones (Brauer, Marcus) et les sélaciens (R. Gast), que la partie ophtalmique du ganglion de Gasser est exclusivement ou presque exclusivement d'origine placodique; en revanche, la participation de la crête ganglionnaire dans la formation des ganglions du pneumogastrique est prépondérante; entre ces deux extrêmes, les portions maxillaire et mandibulaire du ganglion de Gasser, avec les ganglions du facial et du glosso-pharyngien, se placent comme des intermédiaires.

Je signalerai enfin que chez les cyclostomes, d'après les recherches de Kupffer, les ganglions ont deux placodes superposées : l'une nettement épibranchiale, l'autre dorsalement placée par rapport à la première. Cette disposition, fort intéressante, n'existe pas chez les gnathostomes, où les placodes, uniques, sont généralement épibranchiales. La question de savoir si la dualité des placodes chez l'*Ammocœtes* a une réelle importance morphologique, doit encore être réservée.

Ces faits étant connus, il reste à les interpréter et à en dégager la signification. La question fondamentale qui vient tout d'abord à l'esprit, est celle de savoir ce que représentent exactement les placodes des ganglions craniens. Ici encore l'embryologie va nous fournir une réponse claire et décisive.

Il y a un ganglion cranien (ou plutôt deux, car il est double) dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici : c'est le ganglion auditif; nous appellerons ainsi l'ensemble des cellules sensitives dont les prolongements se ramifient dans l'épithélium du labyrinthe membraneux. Nous l'avons laissé de côté parce qu'il ne relève pas d'un nerf mixte, mais appartient à l'un des grands organes des sens spécialisés. Si son développement offre quelque analogie avec celui du ganglion de Gasser ou du ganglion géniculé ou de tout autre ganglion cranien, nous trouverons peut-être, dans ces analogies, l'interprétation que nous cherchons, et nous posséderons, du même coup, le chaînon présumé entre les ganglions sensitifs des nerfs mixtes et les grands organes des sens à fonction bien déterminée.

Les faits vont nous dire si ces hypothèses sont justifiées.

Je crois utile de préciser d'abord ce qu'il faut entendre par organe

auditif au point de vue qui nous occupe ici. Il ne s'agit pas de l'oreille tout entière : la caisse du tympan, ses osselets, l'oreille externe, qui atteignent, chez les mammifères, le degré extrême de leur complication, sont des parties surajoutées, destinées à assurer une réception plus précise des ondes, mais n'ayant, en elles-mêmes, rien de sensoriel, ni surtout de nerveux. L'organe auditif vrai, c'est la partie réellement perceptrice des vibrations, c'est celle qu'en anatomie humaine on appelle le labyrinthe membraneux, ou même, pour parler avec plus de précision encore c'est l'épithélium qui tapisse les espaces endolymphatiques avec les filets nerveux qui s'y terminent et tous les amas ganglionnaires dont les fibres cellulifuges constituent le nerf auditif. C'est là l'organe primitif, élémentaire, tel qu'il se présente, homologue à lui-même, dans toute la série des vertébrés; retraçons brièvement l'histoire de son développement.

J'ai dit plus haut qu'un même tronçon de la crête ganglionnaire formait la matrice commune du facial et de l'auditif. L'évolution de la partie « faciale » nous est maintenant connue, et il nous reste à voir ce que devient la portion auditive.

En regard d'elle, c'est-à-dire juste au-dessus de la placode du facial, une autre placode, large et étendue, se différencie très tôt dans l'ectoblaste. La prolifération de ses cellules constitutives continuant à se faire, elle est obligée de s'invaginer dans la profondeur; elle prend ainsi la forme d'une cupule épithéliale, dont la surface convexe s'applique, en la déprimant, contre la face externe de la crête ganglionnaire. Cette placode, qu'en raison de sa topographie nous pouvons déjà qualifier d'*auditive,* ne diffère que par son étendue et par sa forme en cupule de celles qui interviennent dans la formation des ganglions sensitifs des nerfs craniens mixtes.

L'analogie se poursuit dans le cours ultérieur du développement : en effet, si l'on examine la convexité de la cupule, on voit que de nombreuses cellules s'en dégagent, se séparent de leurs voisines, émigrent vers la profondeur, et viennent finalement se mélanger aux éléments de ce que nous appelions plus haut la portion auditive de la crête ganglionnaire. Il se constitue ainsi une ébauche ganglionnaire d'origine complexe, et absolument équivalente, de par cette complexité même, aux ébauches ganglionnaires des autres nerfs craniens. La suite du développement montre qu'elle donnera naissance au ganglion auditif (au sens large) *et, dès lors, la conclusion qui en découle est que ce ganglion est strictement l'homologue sérial du ganglion de Gasser, du ganglion géniculé, des ganglions du glosso-pharyngien et du pneumogastrique. Seulement, et ceci est capital, il reste toujours en continuité, par des tractus cellulaires, avec la placode et celle-ci, loin de s'atrophier, va s'accroître et se compliquer davantage pour donner finalement nais-*

sance à l'épithélium qui tapisse toutes les cavités endolymphatiques de l'oreille interne (utricule, saccule, canal de réunion, canal endolymphatique, canal cochléaire, canaux demi-circulaires).

Ces tractus seront remplacés plus tard par des fibres nerveuses; mais l'essentiel pour nous est que l'union est ininterrompue. Quant à la cupule olfactive, je tracerai, en quelques mots, les phases principales de son évolution. Elle continue de s'étendre tout en s'invaginant de plus en plus; elle s'étrangle en son point de continuité avec l'ectoblaste et ne tarde pas à devenir une large vésicule épithéliale, dont la cavité s'ouvre à l'extérieur, par un étroit canal. Chez les vertébrés supérieurs, ce canal s'oblitère, et la vésicule auditive, close de toutes parts, plonge librement dans le mésenchyme sous-jacent au revêtement ectodermique. Un étranglement circulaire ne tarde pas à la subdiviser en utricule et saccule.

Il résulte clairement de cette description, qui n'est qu'un résumé de faits solidement établis par de nombreux auteurs, qu'un organe des sens complet, comme l'organe auditif, bien que tout entier d'origine ectoblastique, procède de deux portions différentes du feuillet externe : la placode, qui forme la partie réceptrice, ébauche les voies de conduction primaires et intervient dans l'édification du ganglion; la crête ganglionnaire, aux dépens de laquelle le ganglion se complète et qui permet sa mise en continuité avec le système nerveux central.

Or, j'ai déjà montré plus haut l'équivalence morphologique certaine du ganglion auditif et des ganglions sensitifs des nerfs craniens mixtes; de cette équivalence découle celle de la placode auditive et des placodes du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien et du vague : elles sont sérialement homologues entre elles. Seulement, tandis que la première évolue en un organe récepteur complet et permanent, les autres s'atrophient dès qu'elles ont joué leur rôle dans la formation du ganglion. Elles sont donc des vestiges d'organes complets, que les ancêtres des craniotes actuels possédaient certainement. Ces organes, en connexion avec le centre par l'intermédiaire de ganglions mixtes, devaient présenter de frappantes analogies de structure avec la vésicule auditive, ce qui ne prouve pas d'ailleurs, leur identité fonctionnelle; je reviendrai là-dessus plus loin.

Ces considérations acquerront une portée bien plus haute encore, si les faits d'ontogenèse, rigoureusement interprétés, démontrent que le schéma d'évolution de l'organe olfactif et de l'œil est en tous points analogue à celui de la portion sensorielle de l'oreille.

Il existe de nombreux travaux sur le développement des fossettes olfactives (représentées chez les mammifères par la portion olfactive des fosses nasales) et sur la façon dont s'établissent leurs connexions avec le système nerveux central. Balfour, C. K. Hoff-

mann, Kupffer, d'autres encore, nous ont fait connaître de nombreux détails, et personnellement, dans des recherches non encore publiées, j'ai pu suivre pas à pas, chez les sélaciens, les amphibiens, les reptiles et les mammifères, les faits dont je vais donner une description d'ensemble (1).

Chez tous les gnathostomes, en regard de l'extrémité craniale de l'ébauche cérébrale, au-dessus et en avant de la vésicule oculaire primaire, deux larges placodes ectoblastiques, l'une droite, l'autre gauche, se forment, au stade même où la cupule auditive fait sa première apparition. La crête ganglionnaire ne s'étend pas jusque-là, et une mince bande de mésenchyme sépare la surface externe de la vésicule cérébrale antérieure de la face profonde de la placode. Celle-ci est, comme toujours, formée d'une bande d'ectoblaste épaissi, dont les cellules, cylindriques, sont rangées en deux ou trois couches. Bientôt elle se déprime, s'incurve, s'invagine dans la profondeur et prend ainsi l'aspect d'un cul-de-sac s'ouvrant à l'extérieur par un orifice plus ou moins large. C'est la *fossette olfactive,* décrite depuis longtemps par les anciens embryologistes.

En même temps, un bon nombre des cellules épithéliales qui la délimitent, se détachent, s'engagent sous forme de traînées dans le mésenchyme sous-jacent et se mélangent à d'autres cellules émanées, par un processus identique, des parties voisines de l'ébauche cérébrale. Dès lors, le fond de la fossette olfactive et le système nerveux central sont unis par des tractus de cellules fusiformes, que remplaceront plus tard les fibres des nerfs olfactifs proprement dits. Il saute aux yeux que ce processus est analogue à celui qui se passe dans la région auditive, et que l'émigration de cellules hors de l'ébauche cérébrale n'est qu'un mode particulier de la formation de la crête ganglionnaire.

Plus tard, cette portion de la vésicule cérébrale antérieure deviendra les lobes olfactifs droit et gauche; les fossettes olfactives, sans perdre jamais leur communication avec l'extérieur, se placeront à la voûte des fosses nasales, enfin l'organe prendra sa structure définitive.

Je conclus de ces faits, que les lois qui président au développement de l'organe olfactif sont aussi celles dont relève le développement de l'organe auditif et des ganglions sensitifs des nerfs craniens mixtes; d'où il découle cette autre conclusion, que tous ces organes sont sérialement homologues.

(A suivre.)

(1) Je laisse ici de côté, comme sortant du cadre que je me suis tracé, la question de la phylogénèse propre de l'organe olfactif, et celle, notamment, de savoir s'il était, à l'origine, pair ou impair. Cela n'a rien à voir avec les *processus* de formation, qui importent seuls ici.

XXI[e] CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

(*Suite*)

Des tumeurs du corps pituitaire

Rapporteur : M. COURTELLEMONT (d'Amiens)

L'histoire des tumeurs du corps pituitaire a passé par trois périodes : une première période, essentiellement anatomique, s'étend depuis le commencement du XVIII[e] siècle à 1886 ; une seconde période, ou période d'acromégalie et de gigantisme, commence en 1886 pour se terminer en 1901 ; une troisième période enfin s'est ouverte en 1901, c'est celle de l'adiposité hypophysaire, de la radiothérapie et de la chirurgie hypophysaires.

Il convient, suivant nous, de distraire de la classe des tumeurs hypophysaires les tumeurs sus-hypophysaires et para-hypophysaires qui n'infiltrent pas l'hypophyse, mais se bornent à la comprimer. Par contre, il faut y faire rentrer les hyperplasies et hypertrophies du lobe antérieur dont le volume est suffisant pour comprimer ou détruire les tissus voisins. Les tumeurs du corps pituitaire sont des tumeurs encéphaliques, et par conséquent sont définies par leur volume autant et plus que par leur constitution histologique.

Alors que les tumeurs secondaires offrent peu d'intérêt, les tumeurs primitives sont beaucoup plus importantes et plus fréquentes. Du volume moyen d'une cerise ou d'une noix, elles sont susceptibles d'atteindre des dimensions bien plus considérables (œuf de poule, mandarine) et de pousser des prolongements dans le cerveau, surtout dans le troisième ventricule et les ventricules latéraux.

Quand la lésion déborde la selle turcique, on lui considère une portion intra-sellaire, située dans la loge osseuse, et une portion extrasellaire qui la déborde par en haut. Ces tumeurs sont assez fréquemment kystiques, le liquide contenu a souvent une couleur chocolat, indice d'hémorragies anciennes.

D'ordinaire, pas de noyaux aberrants, pas de métastases, pas d'envahissement des vaisseaux, la tumeur adhère peu, mais elle comprime les tissus mous (particulièrement bandelettes optiques, chiasma et nerfs optiques) et elle use le squelette : d'où agrandissement de la selle turcique, avec élargissement de l'orifice supérieur (type 3 d'Erdheim, selle en bénitier), ou sans modification de cet orifice (type 1 d'Erdheim).

La constitution histologique et la classification de ces tumeurs sont un des points les plus obscurs de leur histoire. On peut considérer : des tumeurs épithéliales, de beaucoup les plus fréquentes, des tumeurs non épithéliales, des tumeurs spécifiques.

Les tumeurs épithéliales se rapportent à deux types . les *épithéliomas pavimenteux* et les *tumeurs glandulaires*.

Les premiers (Hypophysenganggeschülste d'Erdheim) sont constitués par des îlots de cellules pavimenteuses, à type malpighien, qui prennent souvent au centre le caractère adamantin, parfois subissent une dégénérescence hyalique, et s'associent à des formations rappelant les globes épidermiques des épithéliomas cutanés.

Les *tumeurs glandulaires* sont beaucoup plus nombreuses que les précédentes, elles ont pour caractéristique d'être constituées par les cellules, modifiées ou non, du lobe antérieur de la glande. Trois grands caractères dominent leur structure : tendance à l'unification du type cellulaire, raréfaction ou disparition du tissu conjonctif interlobulaire, diminution ou disparition de la dis-

position en cordons et tendance à la constitution de nappes cellulaires; ce dernier caractère est le plus inconstant. Elles se présentent sous trois aspects: *tumeur glandulaire en nappe*, nappe diffuse de cellules dans toute l'étendue de la lésion, sans septa conjonctifs visibles; *tumeur glandulaire alvéolaire*, où la constitution en cordons séparés par des septa conjonctifs est conservée; *tumeur glandulaire à type mixte*, dans laquelle ces deux dispositions s'associent en proportion importante.

Ces fonctions sont constituées les unes par des *cellules éosinophiles*, les autres par des *cellules chromophobes*, quelques-unes par des *cellules basophiles*. Elles peuvent en outre contenir des cellules anormales, atypiques, mais on n'y voit pas des kariokinèses.

Toutes ces tumeurs glandulaires méritent, à notre avis, d'être décrites sous un même nom, et sériées d'après les caractères architecturaux ou cellulaires que nous venons d'exposer, car la classification rationnelle en hypertrophie, hyperplasie, adénome, épithélioma, dont il convient de poursuivre les bases, est soumise à des difficultés telles qu'elle varie suivant les auteurs; pourtant les signes de malignité les moins trompeurs, en dehors des métastases, de l'envahissement des vaisseaux, de la fréquence des kariokinèses, presque toujours absents, comme on sait, doivent être cherchés dans le caractère infiltrant de la tumeur, ses prolongements dans le cerveau, la présence de boyaux cellulaires néoplasiques dans la capsule d'enveloppe, la disposition en nappe des cellules néoplasiques. l'existence de cellules atypiques.

Des tumeurs non-épithéliales, les sarcomes sont les formes les plus nombreuses, bien que la tendance actuelle ait eu pour conséquence d'attribuer aux tumeurs glandulaires nombre de tumeurs considérées autrefois comme des sarcomes. Signalons aussi les lymphomes, fibromes, lipomes, gliomes, les kystes; les cholestéatomes et tératomes ne sont pas sans rapports avec les épithéliomas pavimenteux.

La tuberculose et la syphilis comptent chacune quelques cas.

Des statistiques que nous avons recueillies, il résulte : que les épithéliomas pavimenteux. La tuberculose et la syphilis ne s'accompagnent pas d'acromégalie; la lésion habituelle de l'acromégalie est une tumeur épithéliale glandulaire. à prédominance d'éosinophiles; l'adiposité et le syndrome adiposogénital sont dans un très grand nombre de cas en rapport avec un épithélioma pavimenteux (hypophysaire ou sus-hypophysaire).

Les *symptômes* que déterminent les tumeurs hypophysaires sont des accidents mécaniques et des états dystrophiques.

Les *accidents mécaniques* peuvent être de quatre ordres : signes de compression cérébrale proprement dite : céphalée, vomissements, vertiges, compressions nerveuses et surtout troubles oculaires (hémianopsie bitemporale, plus rarement homonyme, réaction pupillaire hémianopsique de Wernicke, atrophie optique, rareté de la stase papillaire); symptômes encéphaliques diffus (narcolepsie, troubles mentaux observés avec une grande fréquence, diabète sucré ou insipide, accélération du pouls, modifications thermiques); signes naso-pharyngés (tumeur pharyngée); syndrome radiologique (usure des parties osseuses, apophyses clinoïdes postérieures et lame quadrilatère, et agrandissement de la selle turcique.

Dans les *états dystrophiques*, rentrent les déformations de l'acromégalie, les déformations du gigantisme, l'adiposité hypophysaire, la dystrophie génitale (à type d'hypofonctionnement, avec absence ou perte des caractères sexuels secondaires).

Dans la règle les tumeurs hypophysaires ont une évolution lente, beaucoup plus lente toutefois dans les formes avec acromégalie ou gigantisme que dans les formes sans acromégalie.

Le groupement de leurs symptômes donne lieu à la constitution des *formes*

cliniques sous lesquelles elles se présentent à l'observateur. On doit distinguer :

Les *tumeurs avec acromégalie ou gigantisme*, qui comprennent naturellement deux formes cliniques : l'*acromégalie* et le *gigantisme*.

Les *tumeurs sans acromégalie et sans gigantisme*, qui comprennent trois groupes : des formes encéphaliques, des formes dystrophiques et des formes latentes.

Les *formes encéphaliques* se caractérisent uniquement ou principalement par des accidents encéphaliques ; elles renferment plusieurs variétés : *forme de tumeur cérébrale*, *forme narcoleptique*, *forme mentale*, *forme polyurique*.

Aux *formes dystrophiques* reviennent la *forme adipeuse*, la *forme de dystrophie génitale*, et surtout la *forme adiposo-génitale (dystrophie adiposo-génitale, syndrome adiposo-génital)*.

Le diagnostic de tous ces états comportera ou exigera des réserves, une grande prudence dans les cas où le tableau clinique sera incomplet : formes frustes de l'acromégalie, syndromes adiposo-génitaux incomplètement caractérisés ; le diagnostic avec les tumeurs de l'épiphyse ne sera pas oublié. Dans tous les cas difficiles, l'hémianopsie bitemporale et les déformations typiques de la selle turcique seront des éléments de la plus haute valeur, pour l'existence d'une tumeur hypophysaire ou de la région hypophysaire.

Il semble établi que nous ne sommes plus désarmés en face des néoplasies pituitaires. Si l'opothérapie ne paraît être qu'une médication symptomatique, la radiothérapie a donné entre les mains de Gramegna, de Béclère et Jaugeas des résultats fonctionnels et physiques très appréciables, en particulier elle diminue les phénomènes de compression encéphalique et améliore les troubles visuels. Enfin l'hypophysectomie partielle a fourni de très beaux résultats à Schloffer, von Hiselsberg, Hocheneg, etc. ; seule de toutes les méthodes thérapeutiques, elle aurait réussi à déterminer la régression des déformations acromégaliques ; toutefois sa gravité encore très grande doit, à notre avis, la faire réserver aux cas graves qui ont résisté aux deux médications précédentes.

La PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE des tumeurs de l'hypophyse ne peut être, à l'heure actuelle, qu'un exposé de théories. De cet exposé, nous concluons :

1° Le rapport étiologique entre les symptômes ou syndromes étudiés et les tumeurs pituitaires paraît évident.

2° Le mécanisme pathogénique qui préside à la production des manifestations cliniques est tout à fait incertain (sauf pour ceux des signes encéphaliques qui sont causés par la compression directe).

3° La tendance actuelle, en ce qui concerne les dystrophies hypophysaires, est d'attribuer l'acromégalie et le gigantisme à l'hyperfonctionnement de la glande, le syndrome adiposo-génital à l'hypofonctionnement. Il y aurait ainsi opposition entre les deux syndromes d'hyperpituitarisme et d'hypopituitarisme.

4° C'est aussi une tendance qui se dessine de plus en plus, que d'associer aux troubles hypophysaires précédents des troubles d'autres glandes à sécrétion interne, en particulier les glandes génitales et le corps thyroïde : cette association est admise particulièrement en ce qui concerne le gigantisme infantile.

DISCUSSION DES RAPPORTS

I. Des différentes espèces de douleurs psychopathiques

Rapporteur : M. MAILLARD (de Paris)

(Voir l'analyse de ce rapport à la page 297 de ce journal.)

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — M. Maillard parle d'un appareil de la cénesthésie, qu'il compare à l'appareil de l'équilibre. Comment le conçoit-il

anatomiquement et quel rôle fait-il servir au système sympathique dans sa constitution ?

En second lieu, insistant sur la coexistence qu'il a constatée, chez plusieurs cénesthopathes, des troubles artério-scléreux, il tend à faire jouer à l'artério-sclérose un rôle dans la genèse de certaines cénesthopathies. Très volontiers, mais quelle est à son avis la localisation obtenue pour les troubles qu'il envisage : cortex, viscères, ou sympathique ? On pourrait peut-être bien trouver un terrain d'entente entre les partisans opposés des théories centrale et périphérique des douleurs psychopathiques ».

M. Ernest DUPRÉ (de Paris). — M. Maillard a donné à entendre que la douleur serait un phénomène intellectuel, tandis qu'elle n'est jamais qu'un phénomène de sensibilité.

Elle peut être, il est vrai, amplifiée, dénaturée, interprétée faussement par certains sujets, au premier rang desquels figurent ceux que nous avons appelés des cénesthopathes. Lorsqu'à cette cénesthopathie s'ajoutent des réactions morbides de l'imagination, le tableau clinique est encore plus saisissant.

M. André LÉRI (de Paris). — La douleur a été considérée à tort comme un phénomène intellectuel. L'erreur vient de ce que l'on a étudié comme un phénomène unique la sensation douloureuse et l'interprétation de cette sensation ; or, l'interprétation seule est un phénomène cérébral. La preuve en est donnée par deux variétés de constatations cliniques :

1° Dans les cas de soi-disant hémianesthésie cérébrale, il n'y a pas d'hémianesthésie véritable, complète et persistante, il n'y a qu'une sorte d'agnosie sensitive : le malade a conservé la sensation douloureuse, mais il en a perdu le pouvoir d'interprétation, il ne sait plus ni le siège de l'excitation ni de la nature de l'excitant.

2° Chez un anencéphale, nous avons pu observer des manifestations nettes de douleur (cris, agitation, etc...) qu'il n'est guère possible, vu leur intensité et leur prolongation, de considérer comme de simples mouvements réflexes : or, le cerveau n'existait pas. D'ailleurs les sensations douloureuses étaient provoquées non seulement par l'excitation des membres, mais même par l'excitation de la face dont les nerfs sensitifs ne communiquaient avec aucun centre nerveux.

De par ces deux variétés de constatations anatomo-cliniques, il nous paraît indispensable de séparer nettement à l'avenir la sensation douloureuse de son interprétation ; celle-ci seule est un phénomène cérébral, et à plus forte raison un phénomène intellectuel, puisque la sensation douloureuse persiste en l'absence du cerveau et puisque, dans les lésions cérébrales, seule l'interprétation de ces sensations (notions de localisation et de nature) est entièrement abolie.

M. Roger DUPOUY (de Paris). — La douleur est essentiellement un phénomène de sensibilité ; c'est un attribut affectif qualifiant une sensation ou un sentiment. La douleur physique pouvant être considérée comme le résultat d'une dysharmonie entre l'impression déposée sur nos appareils de sensibilité et le degré de résistance sensible de ces mêmes appareils, les douleurs psychopathiques se classeront entre deux groupes, suivant que la psychopathie augmente la susceptibilité de la sensibilité (hyperesthésie psychique) ou crée par un intermédiaire quelconque une excitation anormale.

1° La sensibilité s'aiguise et s'affine par l'entraînement.

2° La sensation est perçue comme émanant d'une impression exagérément puissante.

La douleur psychopathique, en résumé, peut venir compliquer une image quelconque, vraie ou fausse, suivant un mécanisme différent, relevant tantôt d'une hyperesthésie psychique, tantôt d'une illusion, tantôt d'une hallucination, tantôt enfin d'une interprétation ou d'une représentation mentale.

M. BINET SANGLÉ (de Paris). — M. Maillard, dans son intéressant rapport, a tenu à demeurer sur le terrain clinique. Il n'a point abordé la physiologie pathologique du symptôme qu'il étudiait. Pourtant la question a bien son importance, car nous ne sommes efficacement armés contre un phénomène morbide qu'autant que nous en connaissons le mécanisme. Ce mécanisme, nous avons le devoir d'essayer de le découvrir, au risque même de nous tromper.

Il faut tout d'abord nous demander ce qu'est la douleur.

La douleur est une sensation ou plutôt on désigne sous le nom de douleur tout un groupe de sensations. Ces sensations ont un caractère commun, mais elles n'en sont pas moins assez différentes l'une de l'autre pour que la langue française distingue les douleurs *pongitives*, *térébrantes*, *cuisantes*, *mordicantes*, *lancinantes*, *fulgurantes*, sans parler des divers malaises engendrés par les intoxications et les infections.

Or, qui dit sensation spéciale dit neurone sensoriel différencié. Il y a donc des neurones pour les diverses douleurs, des neurones *pathiques*.

La douleur a donc ses neurones sensoriels. La douleur résulte d'un excès de pression nerveuse dans des neurones spéciaux. Bien plus, j'ai la conviction qu'elle a ses neurones mnésiques. Ces neurones mnésiques, où se cliche la sensation douloureuse, sont l'origine de ces douleurs hallucinatoires, de ces douleurs en retour, de ces douleurs centrifuges que connaissent bien les chirurgiens et les dentistes et qui déterminent — Comte et Hallion l'ont montré à l'aide de leur plethysmographe digital — des réactions de même ordre que les douleurs centripètes.

M. Henry MEIGE (de Paris). — L'étude des douleurs psychopathiques pourrait s'éclairer par celle de certaines *analgésies constitutionnelles*, qui, elles aussi, peuvent être psychopathiques.

Il est certain, en effet, que l'appareil sensitif varie considérablement suivant les individus, comme varie l'appareil moteur. Les uns naissent avec une sensibilité plus exquise, et surtout avec un cerveau plus apte à enregistrer et à amplifier les sensations, même les plus banales; d'autres, au contraire, semblent s'en désintéresser; chez ces derniers, ce qu'on prend parfois pour du stoïcisme n'est que l'expression d'un état d' « indolence constitutionnelle », où la volonté de réagir contre le mal n'a rien à voir. Un dispositif anatomo-physiologique différent est la seule raison de ces divergences.

Mais il va sans dire que l'éducation est capable de modifier les réactions par excès ou par défaut aux sensations douloureuses. Celui qui est à l'affût de tout ce qu'il sent arrive vite à percevoir les nuances les plus délicates, il se complaît à les analyser et tend à les interpréter, très souvent dans un sens pathologique.

Inversement, on peut s'entraîner à supporter, à taire les sensations désagréables; comme on dit, on se cuirasse contre la douleur; c'est là le vrai stoïcisme, produit de la volonté. C'est alors que l'on peut dire que la résistance à la douleur est, pour parler la langue philosophique, fonction de l'intelligence ou de l'esprit.

Mais, d'une façon générale, les différences réactionnelles témoignent simplement de variantes congénitales dans l'appareil sensitif et notamment de la variabilité de la participation corticale dans la constatation et l'interprétation des sensations.

Et de même que certaines douleurs peuvent être considérées comme créées de toutes pièces par le cerveau d'un psychopathe, de même des sensations vraiment douloureuses ne provoqueront aucune réaction chez un autre sujet, atteint, lui, de cette sorte d'analgésie qu'on peut qualifier de psychopathique.

M. PICQUÉ (de Paris). — Le rapporteur, en étudiant le traitement des douleurs psychopathiques, n'a pas négligé de dire que le chirurgien pourrait être appelé à intervenir dans certains cas. Encore est-il très nécessaire de bien

préciser les conditions dans lesquelles doit se faire son intervention. D'une façon générale, la chirurgie des aliénés doit être très circonspecte. D'abord, il existe souvent une grande disproportion entre les douleurs dont se plaignent ces malades et les causes réelles de ces douleurs. Ensuite, il est des cas où ces douleurs ne reconnaissent pas de cause réelle; on conçoit alors combien une intervention chirurgicale peut être, non seulement illusoire, mais encore nuisible.

C'est seulement quand la vie du malade est manifestement en danger, en présence de symptômes graves, et lorsqu'il peut reconnaître avec certitude la cause du mal, que le chirurgien doit intervenir. Dans ces cas, qu'el que soit l'état mental, l'intervention s'impose. Mais ces cas sont rares et le plus souvent il est prudent de s'abstenir.

S'il s'agit d'un cancer qui débute, bien entendu, il est du devoir du chirurgien d'opérer, sauf peut-être si le malade est, pour d'autres causes, dans un état de cachexie avancé; mais s'il s'agit d'une tumeur bénigne, comme un lipome, par exemple, il faut se garder d'intervenir. L'opération elle-même peut en effet déterminer l'apparition d'un délire qui, sans elle, ne se produirait peut-être pas. J'en dirai tout autant des fibromes utérins dont l'ablation précoce est cependant justifiée chez des sujets qui ne présentent pas de troubles psychopathiques. Chez ceux, au contraire, qui sont exposés à des accidents vésaniques, la sagesse est de s'abstenir.

En définitive, de la même façon qu'on n'entreprend jamais une opération sans s'assurer par l'examen des urines que le malade n'est pas diabétique, il faut toujours procéder à un examen préalable du psychisme avant d'intervenir. Il faut surtout que les chirurgiens se mettent en garde contre les exagérations psychopathiques de certains malades qui les harcèlent jusqu'à ce qu'ils consentent à les opérer. Car une opération faite dans ces conditions a le plus souvent pour résultat d'exagérer la psychose du sujet, sans parler des conséquences qu'elle peut avoir pour le chirurgien, comme en témoigne la triste fin de notre regretté collègue Guinard.

M. MAILLARD (de Paris), rapporteur. — Je crois avoir suffisamment montré par le contenu de mon Rapport que je ne considérais pas la douleur comme un phénomène dépendant uniquement de l'intelligence pour n'avoir pas à relever les critiques qui m'ont été faites à ce sujet.

En ce qui concerne le rôle pathogénique de l'artério sclérose dans la production des douleurs psychopathiques, cette hypothèse ne me paraît pas inadmissible, mais ce n'est encore qu'une hypothèse, et il peut s'agir d'une simple coïncidence.

Les faits rapportés par M. A. Léri pourraient être interprétés autrement qu'il ne l'a fait; il s'agit vraisemblablement de phénomènes réflexes, du genre de ceux qui peuvent se produire sans aucune participation corticale.

Enfin, en ce qui regarde les interventions chirurgicales dans les cas de douleurs psychopathiques, je ne puis qu'applaudir à la sage réserve conseillée par M. Picqué.

II. De la valeur du témoignage des aliénés en justice

Rapporteur : M. LALANNE (de Maréville)

(Voir l'analyse de ce rapport à la page 312 de ce journal.)

M. RÉGIS (de Bordeaux). — La méthode purement clinique, employée par M. R. Lalanne, celle consistant à passer en revue la valeur du témoignage des aliénés dans les principales formes de psychoses, est presque forcément incomplète et imprécise, malgré ses apparences de rigueur.

C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que la confusion mentale ne figure

pas dans le rapport. Et pourtant, elle peut, par ses amnésies et ses obtusions, déterminer de fausses croyances, partant de fausses déclarations. M. Régis a récemment relaté le cas d'un de ses malades, atteint de confusion mentale d'origine coloniale avec amnésie lacunaire, amnésie rétrograde, amnésie de fixation, délire onirique et polynévrite, qui, au milieu de son désarroi mental et du chaos de ses souvenirs, affirmait cependant un fait : c'est qu'à son retour d'Afrique il avait donné au capitaine du navire trois flacons de pierres précieuses provenant de ses travaux de prospection. Les affirmations à cet égard étaient si formelles et si nettes, que des réclamations plus ou moins sérieuses pouvaient s'ensuivre. Heureusement, le malade s'améliora et au bout d'un certain temps il reconnut spontanément que le fait, vrai en lui-même, se rapportait à un précédent voyage dans une autre colonie, celle d'où il venait ne possédant pas de pierres précieuses de ce genre. Il avait été victime de son automatisme confusionnel qui, ressuscitant dans son esprit un souvenir ancien, l'avait actualisé comme en un rêve dans le temps présent.

La méthode clinique est non seulement incomplète, mais imprécise. C'est ainsi que, dans le rapport de M. Lalanne, il est question, au paragraphe des démences, d'un cas de fausse imputation d'infanticide cité par Fritz Hartmann, dans lequel la dénonciation calomnieuse, suivant la remarque même de Hartmann et de M. Lalanne, était, non d'origine démentielle, mais d'origine onirique.

Il est donc préférable, semble-t-il, d'adopter dans l'exposé de la question la méthode cémiologique et d'indiquer les principales des causes psycho-pathologiques qui influent en sens divers sur la valeur du témoignage de l'aliéné ou, dans une vue plus large, sur la valeur de ses déclarations.

Et d'abord, il importe de rappeler qu'en principe et dans les cas nombreux où ils conservent un degré suffisant de compréhension, de mémoire et de jugement, les aliénés sont susceptibles de dire la vérité, une vérité qui peut être utilisée. C'est ce que font d'ailleurs journellement les psychiatres, en clinique médico-légale comme en clinique courante.

Mais les dires des aliénés sont très souvent viciés et faussés. Ils le sont par un certain nombre de causes dont les principales sont les suivantes :

C'est d'abord le défaut de compréhension, qui ne permet pas aux sujets de se rendre un compte exact des faits et qui se retrouve dans les états caractérisés de dégénérescence et de démence.

C'est ensuite le défaut de mémoire ou amnésie, sous toutes ses formes et dans tous ses modes (amnésies constitutionnelles, amnésies démentielles, amnésies confusionnelles, amnésies névrosiques), incompatible avec la conservation et la reproduction des souvenirs.

Ce sont encore les hallucinations, créatrices de fausses perceptions et parmi lesquelles il convient de distinguer les hallucinations de psychoses vésaniques et les hallucinations des psychoses oniriques, celles qui déroulent devant le malade endormi des scènes imaginaires, mais crues vraies, et contées ensuite avec toute la sincérité et les fermeté de la bonne foi. Ces hallucinations oniriques, spéciales aux délires toxiques et névropathiques, constituent une source très fréquente de faux témoignages chez les aliénés. Ce sont elles surtout qui ont provoqué les accusations et les condamnations dans les procès de sorcellerie du moyen âge. De nos jours encore elles exercent leur action, bien que sous une forme différente, et M. Régis cite le cas d'un homme récemment examiné par lui qui, sous l'influence de l'alcoolisme et d'accord avec sa femme (délire à deux) avait accusé une voisine de s'être fait avorter et d'avoir enterré le fœtus dans la cave de la maison où il l'avait, dit-il, vu et touché. Il conduisit les magistrats devant l'objet de cette vision hallucinatoire, et, bien entendu, on ne trouva rien. Poursuivi pour dénonciation calomnieuse, cet homme fut, après examen médico-légal, reconnu irresponsable.

A côté des hallucinations, se place le délire proprement dit, comme créateur de faux témoignages chez les aliénés. Tous les délires, en particulier les délires d'imagination et les délires d'interprétation, peuvent, en effet, conduire les malades, soit à soutenir des faits erronés, soit plutôt à apprécier de façon inexacte des faits réels, d'où des accusations ou des témoignages plus ou moins graves contre les personnes.

Vient enfin la mythomanie, si bien mise en lumière par M. Dupré, qui, avec l'hallucination onirique, à laquelle elle s'associe d'ailleurs parfois, représente, par un mécanisme différent et variable, le grand facteur de faux témoignages chez les aliénés.

Telles sont, énoncées à grands traits, les causes principales qui influent, en bien ou en mal, sur les déclarations des individus affectés de troubles de l'esprit; telle est, pour ainsi dire, la sémiologie psycho-pathologique du témoignage des aliénés. Cette manière de présenter le sujet, préférable à la méthode clinique, permet aussi d'entreprendre la logique mais brève conclusion du Rapport sur la suspicion légitime du témoignage des aliénés en justice et sur le devoir, pour le juge, de faire procéder à l'examen d'un témoin mentalement suspect, des quelques explications médico-légales nécessaires.

M. MABILLE (de la Rochelle) estime que, conformément à la conclusion du Congrès de la Rochelle le témoignage des aliénés ne saurait être accepté par les autorités compétentes qu'avec la plus grande réserve.

Il rapporte plusieurs observations personnelles concernant les dénonciations d'aliénés persécuteurs, d'aliénés âgés « qu'on vole ou qu'on viole ». Il insiste sur le témoignage des épileptiques qui accusent de façon différente : une épileptique qui se sera contusionnée accusera, par amnésie, le personnel de l'avoir frappée, parce qu'elle trouve au réveil des blessures sur son corps et qu'elle a perdu le souvenir de sa crise. Une autre épileptique, par une sorte de folie morale, se frappe elle-même pour accuser son entourage de l'avoir blessée.

M. Mabille signale en outre la tendance aux complots dont sont coutumiers les aliénés circulaires dans la période d'excitation, et il rapporte le fait de deux de ces aliénés qui, lorsqu'ils avaient, selon leur expression, « bien dressé les idiots » des services, adressaient au parquet des accusations diverses contre le personnel, en invoquant le témoignage des aliénés auxquels ils avaient suggéré les dépositions qu'ils avaient à faire devant les magistrats.

M. DUPRÉ (de Paris). — Les psychopathes en liberté, considérés par le public comme sains d'esprit parce qu'ils ne délirent pas ouvertement, tels que les intoxiqués, les passionnés, les interprétatifs, les imaginatifs et nombre de paranoïaques, etc., commettent beaucoup plus de faux témoignages que les aliénés proprement dits. Ils déposent en justice sous la foi du serment; or, le serment est loin d'avoir la valeur qu'on lui attache. Et cela n'est pas seulement vrai pour l'aliéné, mais aussi pour les sujets normaux. Le plus souvent, il faut le dire, le serment n'ajoute au témoignage qu'une garantie illusoire.

M. Maurice DIDE (de Toulouse). — 1° Le témoignage perd toute valeur, du fait de l'affaiblissement du niveau central (confusion mentale, démence, hypogénésies cérébrales) ;

2° Le témoignage a une valeur variable, quand les troubles frappent isolément un des éléments principaux de la CONSCIENCE.

La mémoire, en l'espèce, est l'élément le plus important et ses altérations, à l'état presque pur, s'observent dans certaines lésions circonscrites du cerveau, dans la presbyophrénie, les névrites périphériques, etc. Le témoignage, en ce cas, ne saurait être accepté.

Les affaiblissements de l'*attention volontaire* sont l'élément psychologique

principal des manifestations maniaques dépressives. Ici, le témoignage, suivant les cas, a une valeur nulle ou atténuée.

Les troubles du *jugement* interviennent surtout dans les états paranoïaques purs sans interprétations délirantes (type délire de revendication) et le témoignage peut être accepté pour les faits indépendants de l'idée prévalente. Il doit généralement être repoussé, si le malade est sujet à des interprétations délirantes.

Les troubles de perception (illusions, hallucinations) introduisent dans la conscience des éléments erronés qui doivent faire rejeter le témoignage des malades qui présentent ces troubles;

3° La valeur du témoignage peut être faussée par une tendance plus ou moins inconsciente au mensonge (mythomanie). Cette aptitude fabulatrice est tantôt le résultat d'une désharmonie entre le psychisme automatique et le psychisme volontaire (pythiatisme, hystérie), tantôt traduit un trouble localisé de la mémoire (paramnésie, illusion du souvenir), tantôt enfin se rencontre chez des pervertis moraux.

A la suite de cette discussion, le Congrès a adopté les vœux suivants :

1° *Le témoignage des individus présentant ou ayant présenté des troubles de l'esprit, quelle que soit leur époque et les faits sur lesquels ils portent, doit être frappé de suspicion;*

2° *Les certificats d'étude de science pénale, délivrés par les Facultés de droit, devraient valoir des avantages matériels aux magistrats dans leur carrière, et notamment leur faciliter l'accès aux fonctions de juge d'instruction;*

3° *Il est désirable que la capacité de témoignage des individus atteints ou suspects de troubles mentaux soit déterminée par un examen psychiatrique;*

4° *Avant de mettre en accusation un faux témoin, le juge pourra le soumettre à un examen mental.*

III. **Des tumeurs du corps pituitaire**

Rapporteur : M. COURTELLEMONT (d'Amiens)

(Voir l'analyse de ce rapport à la page 330 de ce journal.)

M. SAINTON (Paris). — A propos de la *glycosurie hypophysaire*, il nous semble indispensable d'insister sur ses caractères. Il y a : *a*) des glycosuries temporaires; *b*) *des diabètes.* Dans ces derniers cas, la quantité de sucre éliminée est considérable; elle est beaucoup plus élevée que dans les glycosuries des autres maladies nerveuses.

De là à faire jouer un rôle à l'hypophyse de certains diabètes, il n'y a qu'un pas; certains auteurs, le professeur Debove, entre autres, décrivent un diabète hypophysaire. Et de fait, les expériences de Borchardt sur les injections de glande hypophysaire montrent qu'elles produisent de la glycosurie. Il y a là aussi une série de faits qui méritent d'être rapprochés de ceux que l'on observe au cours d'un autre syndrome d'hyperfonctionnement, le syndrome de Basedow. Ce seul rapprochement montre qu'il ne s'agirait pas de symptômes dus à la compression, mais de troubles dans lesquels on peut faire intervenir le rôle de l'hypophyse dans la nutrition en tant que glande endocrine.

Dans le rapport de M. Courtellemont sont cités les cas de nanisme de Kou Itaka et de Hueter : il me semble que l'existence de ces faits doit retenir longuement l'attention. Burnier a publié l'observation d'un malade qu'il a bien voulu me montrer et dont je puis vous présenter une photographie; c'est un véritable nain; à l'âge de 29 ans, il ne mesure que 1 m. 25 et a la taille d'un enfant de 8 ans. C'est à l'âge de 8 ans que se sont montrés les premiers symptômes oculaires; il a actuellement une atrophie papillaire, et la photographie montre un élargissement de la selle turcique. Ce fait, rapproché de quelques

autres, car la plupart des malades atteints d'insuffisance hypophysaire sont petits, n'est-t-il point à opposer à l'hyperhypophysie qui serait la cause du gigantisme et de l'acromégalie ; il y aurait donc des *nanismes hypophysaires* et des *gigantismes hypophysaires*. N'est-il point logique d'admettre que ces deux syndromes anthropologiques sont la traduction d'états fonctionnels opposés, le premier étant fonction d'insuffisance, le second d'hyperfonctionnement ?

M. Henry MEIGE. — La littérature médicale est, en effet, très riche en observations cliniques et anatomo-pathologiques concernant l'hypophyse ; malheureusement, on ne peut tirer de ces faits que des notions encore incertaines, et, il faut bien l'avouer, la physiologie ne nous renseigne pas davantage. Le rapport de M. Courtellemont, en nous faisant entrevoir la diversité des constatations anatomiques et des syndromes cliniques observés parallèlement, met en garde contre une schématisation de la physiopathologie hypophysaire, et c'est un grand service qu'il rend ainsi à ceux qui, sur les faits isolés, seraient tentés d'édifier une nosographie prématurée.

A l'heure actuelle, on ne peut guère formuler que les conclusions suivantes, qui sont à peu près celles du rapporteur :

Il est certain qu'il existe des tumeurs de l'hypophyse. Il est certain aussi que ces tumeurs s'accompagnent cliniquement de deux ordres des signes, tantôt simultanés, tantôt isolés :

1° Des *signes de compression*, qui sont ceux de la plupart des tumeurs encéphaliques, mais où cependant semblent prédominer les troubles visuels ;

2° Des *troubles dystrophiques*, généralement par excès, portant principalement sur le système osseux. On observe aussi parfois des dystrophies cellulo-cutanées, sans qu'on puisse affirmer que ces dernières sont directement liées à la lésion pituitaire.

Le syndrome somatique de l'*acromégalie* est celui qui coïncide le plus fréquemment avec la tumeur de la pituitaire. A côté de la maladie de Pierre Marie, il existe certains *états acromégaliques*, qui peuvent être, eux aussi, fonction d'une altération hypophysaire ; cependant, quelques-uns de ces états acromégaloïdes semblent, comme disait Brissaud, de simples « manières d'être » et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel permettant de supposer une altération glandulaire permanente.

Pour ce qui est du *gigantisme*, il faut distinguer plusieurs formes :

Le *gigantisme acromégalique* semble souvent lié, comme l'acromégalie dont il présente les caractéristiques, à une tumeur de l'hypophyse. Quant au *gigantisme infantile*, il serait téméraire de le rattacher dans tous les cas à une tumeur de l'hypophyse. Plus vraisemblablement, il semble sous la dépendance d'un trouble du fonctionnement des glandes génitales, avec ou sans participation de la thyroïde.

Il existe aussi une forme de gigantisme qui ne s'accompagne d'aucun signe de tumeur encéphalique, d'aucune malformation squelettique, d'aucun trouble fonctionnel, et qui n'est qu'un développement excessif, mais harmonieux, de tout l'individu. Cet état corporel est bien différent du gigantisme infantile et du gigantisme acromégalique, qui, eux, sont des états pathologiques. Nous l'avons appelé *gigantisme normal*. Il est impossible de savoir, quant à présent, si ce simple excès de croissance est en relation avec une altération glandulaire, hypophysaire ou autre.

Enfin, le *syndrome de Frœhlich*, le *syndrome adiposo-génital* de Launois et Cléret n'ont pas encore une individualité clinique assez nette pour qu'il soit permis de leur attribuer avec certitude une origine hypophysaire.

La pituitaire peut-elle jouer un rôle dans la production de certains *nanismes?* Nous l'ignorons ; en tout cas, son rôle ici semble bien secondaire et exceptionnel.

Le rapporteur a envisagé avec raison le diagnostic entre les tumeurs de

l'hypophyse et celles de l'épiphyse; mais je crois qu'on peut être encore plus réservé qu'il ne l'a été sur les caractères cliniques différentiels de ces deux sortes d'affections. Nos connaissances sur l'anatomie normale et pathologique de la glande pinéale sont encore très rudimentaires; nous ne savons rien de précis sur son rôle physiologique. Quant aux manifestations cliniques, elles sont tellement variables qu'on ne saurait tirer des rares observations dignes d'être retenues une série d'éléments de différenciation valables.

En définitive, et d'une façon générale, il faut avoir la franchise de dire que la physiopathologie de l'hypophyse ne permet pas encore de créer un chapitre nosographique définitif. En présence de cette difficulté, et pour expliquer la diversité des syndromes cliniques qu'on rencontre, on a été conduit à mettre en cause les autres glandes à sécrétion interne et à admettre l'existence de syndromes pluriglandulaires. Je répéterai encore une fois que cette conception, d'ailleurs logique et vraisemblable au point de vue pathogénique, ne me paraît pas de nature à faire progresser l'étude des états dystrophiques encore mal définis; on ne saurait se contenter de l'étiquette de syndrome pluriglandulaire; il est nécessaire de s'attacher à une différenciation clinique basée sur des signes objectifs, morphologiques.

M. DIDE ne croit pas aux relations entre l'hypophyse et les troubles mentaux parce que ses recherches histologiques, dans plus de 250 cas, ont toujours été négatives.

M. COURTELLEMONT. — M. Meige disait tout à l'heure que plus on examine de géants, d'infantiles, d'acromégaliques, moins les types cliniques paraissent purs. On trouve de plus en plus des sujets qui sont tout cela, et autre chose parfois. Il ne faut pas s'étonner, je crois, de voir un même sujet réaliser plusieurs syndromes cliniques, ou mieux grouper des éléments de plusieurs syndromes. Le fait s'observe très souvent en médecine générale : entre la broncho-pneumonie et les congestions pulmonaires, par exemple, que de cas intermédiaires, que l'on ne sait à laquelle de ces deux maladies rattacher!

C'est dans les livres surtout que les maladies (je ne parle pas des maladies à microbes spécifiques) sont parfaitement distinctes les unes des autres : mais dans la nature, on voit souvent (loin de moi l'idée de dire « toujours ») des exemples difficiles à classer, parce que les sujets cumulent des symptômes de plusieurs maladies voisines. Si ces faits se produisent dans la médecine générale, on ne doit donc pas être surpris de les rencontrer dans la pathologie hypophysaire, qui est de date toute récente.

M. Dide nous apporte l'examen histologique de 200 à 250 hypophyses d'aliénés : toutes ces hypophyses étaient normales. C'est là un document dont l'importance n'échappera à personne. Toutefois, il n'empêche pas d'attribuer à la tumeur de l'hypophyse les troubles mentaux que l'on observe chez certains sujets atteints de néoplasmes. En effet, ce n'est pas parce que 200, 250 aliénés n'ont pas de lésions pituitaires, qu'une tumeur hypophysaire ne pourra pas entraîner des troubles mentaux. D'ailleurs dans les tumeurs cérébrales il est possible d'observer des troubles mentaux que l'on considère comme symptomatiques de ces tumeurs; personne ne pense que tous les syndromes mentaux sont dus à des tumeurs cérébrales. De même pour les tumeurs de l'hypophyse : elles peuvent déterminer des troubles psychiques, sans que pour cela toutes les psychoses, tous les syndromes mentaux relèvent de lésions hypophysaires. Toutefois, il est un point que les constatations de M. Dide forcent à étudier de plus près, c'est celui-ci : les tumeurs de l'hypophyse, quand elles produisent des manifestations mentales, agissent-elles, pour produire ces manifestations, par des troubles de sécrétion glandulaire (hyper, hypo ou dysfonctionnement hypophysaire), ou agissent-elles uniquement en tant que tumeurs cérébrales? La réponse à cette question doit être réservée.

TRAVAUX ORIGINAUX

La signification morphologique des grands organes des sens de la tête

par A. BRACHET
Professeur à l'Université de Bruxelles

Rapport présenté au VII[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie
(*Suite et fin*)

Je prévois qu'on objectera tout de suite qu'il n'y a pas de ganglion olfactif, mais cette absence ne me paraît pas avoir une signification profonde. Elle établit une différence d'ordre *histologique* entre l'organe olfactif et les autres, mais j'estime qu'elle est sans portée *morphologique* considérable; elle est sans doute en rapport avec la spécialisation fonctionnelle sous l'influence de laquelle tout organe acquiert une structure adéquate.

L'épithélium, le bulbe et les nerfs olfactifs ayant ainsi pu être rattachés — je le crois du moins — au reste de l'appareil sensoriel de la tête, il y a lieu de nous demander si l'œil occupe une place à part. A première vue, il semble bien en être ainsi; et c'est pourquoi les tentatives faites pour élucider la phylogénèse de cet organe sont si nombreuses : un volume suffirait à peine à les résumer toutes.

Je pense, pour ma part, que malgré l'organisation si complexe, si délicate et si particulière de l'organe de la vue, la ligne d'évolution qu'il a suivie peut être retracée dans ses traits généraux et cela sans sortir du seul phylum des craniotes; bien plus, elle peut être rattachée à tout l'ensemble de l'appareil sensoriel de la tête. Je trouve la preuve de cette assertion dans l'embryologie et dans certains détails d'histogenèse.

Le développement de l'œil, envisagé comme organe, est très bien connu depuis longtemps. Je le rappellerai sommairement, en n'insistant que sur ce qui est important pour le point de vue auquel je me place ici.

A des stades reculés, au moment où s'ébauchent les placodes auditive et olfactive, la vésicule cérébrale antérieure pousse, à droite et à gauche, une large évagination, creuse et renflée à son extrémité distale. En s'accroissant, elle se rapproche de l'ectoblaste voisin et refoule peu à peu le mésenchyme qui l'en sépare. On lui a donné le nom de *vésicule oculaire primaire*.

Sitôt qu'elle a touché l'ectoblaste par sa convexité, celui-ci s'épaissit; les cellules qui le constituent prolifèrent et se stratifient

sur deux ou trois couches : en un mot, *il s'y forme une placode. qui ressemble absolument à toutes les autres et qui est en réalité l'ébauche du cristallin* (1).

Bientôt cette ébauche se déprime en une cupule, qui s'approfondit de plus en plus, et se transforme en une vésicule épithéliale, close de toutes parts, et complètement détachée de l'ectoblaste où elle a pris naissance. Cette vésicule, pour devenir un cristallin, n'a plus qu'à s'accroître et à subir ses différenciations histogénétiques.

Mais au fur et à mesure que la placode cristallinienne s'enfonce dans la profondeur, la vésicule oculaire primaire s'invagine, elle aussi : son hémisphère distal se replie en doigt de gant dans la concavité de son hémisphère proximal ; la cavité de la vésicule disparaît progressivement et se réduit à une fente virtuelle, comprise entre les couches épithéliales des deux hémisphères, accolées l'une à l'autre. On sait que, de ces deux couches, l'externe deviendra l'épithélium pigmenté de la rétine, tandis que l'interne donnera le feuillet visuel. Mais il résulte encore du processus que je viens de décrire, qu'une nouvelle cavité s'est constituée, due à l'invagination même et ayant, de ce fait, la forme d'une coupe, largement ouverte vers le cristallin qui la comble en partie. C'est la *vésicule oculaire* secondaire ; elle est destinée à loger le corps vitré qui occupera tout l'espace compris entre l'hémisphère externe du cristallin, et la surface concave du feuillet visuel de la rétine.

Jusqu'ici, à part l'existence d'une sorte de placode cristallinienne, il semble que l'œil se forme par un processus fort différent de celui qui donne naissance à l'oreille ou à l'organe olfactif. Mais certains détails qui ressortent de travaux récents sur l'histogenèse du corps vitré, montrent que ces différences sont plus apparentes que réelles. Ces travaux, qui sont d'un grand intérêt, sont dus à Tornatola, à Van Pée, à C. Rabl, à von Lenhossek, à Kölliker. Je baserai ma description sur les recherches de Van Pée (1) qui a publié sur cette question la première étude complète, appuyée sur d'excellentes figures.

Chez l'embryon de mouton, — les faits dont je vais parler ne sont bien connus jusqu'ici que chez les mammifères, — au moment où l'ébauche cristallinienne se déprime et où commence l'invagination de la vésicule oculaire primaire, apparaissent aussi les premières traces du corps vitré. On trouve, en effet, la cavité de la vésicule oculaire secondaire occupée par un feutrage de fibrilles minces, réfringentes, enchevêtrées les unes dans les autres. Si on

(1) Cette analogie entre l'ébauche cristallinienne et les placodes ganglionnaires a été maintes fois signalée. KUPFFER, notamment, il y a déjà longtemps, en a fait ressortir l'importance.

(1) P. VAN PÉE. *Arch. de Biologie*, 1903.

les examine attentivement, on constate que ces fibrilles sont en continuité les unes avec les cellules épithéliales qui forment la surface convexe de la cupule cristallinienne, les autres avec celles qui limitent la face concave du futur feuillet visuel de la rétine. *En d'autres termes, les fibrilles qui constituent le corps vitré embryonnaire, ne sont autre chose que des prolongements ou des pseudopodes poussés par les éléments du cristallin et par ceux de la rétine, qui s'enchevêtrent et établissent ainsi des anastomoses cytoplasmiques entre ces deux grandes parties constituantes de l'œil.*

Ce système de fibrilles s'accroît et se complique au fur et à mesure que la vésicule oculaire secondaire se dilate; il se sépare aussi, plus tard, des cellules dont il est issu et devient le stroma fondamental du corps vitré adulte. Du mésenchyme et des vaisseaux y pénètrent et en assurent la nutrition.

J'attache à ces faits d'histogenèse une importance considérable. Ils démontrent en effet : 1° que le corps vitré est d'origine ectoblastique, comme le sont la rétine et le cristallin; 2° qu'il est par conséquent un des *organes* constitutifs de l'œil, et nullement une simple masse de remplissage, comme on le dit souvent; 3° enfin *que l'œil est construit sur le même plan fondamental que les autres organes des sens.*

En effet, *dans cette poussée de pseudopodes lancés par la placode cristallinienne et par les cellules de la vésicule oculaire, dans ce mélange et cette anastomose de prolongements protoplasmiques, je vois un vestige des tractus de cellules fusiformes qui, dans l'organe auditif par exemple, unissent le fond de la placode au renflement de la crête ganglionnaire.*

Dès lors, toute une série d'homologies s'imposent à l'esprit : le cristallin est l'équivalent morphologique de la fossette olfactive, de la vésicule auditive, des placodes rudimentaires du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien et du vague; la vésicule oculaire primaire est le représentant, transformé par une adaptation précoce, de la crête ganglionnaire; quant au corps vitré, je viens d'indiquer ci-dessus sa signification réelle; il est, notamment, l'homologue sérial des filets nerveux qui unissent le bulbe olfactif à la muqueuse pituitaire.

Il paraîtra peut-être téméraire de considérer comme homologues des nerfs et de simples fibrilles réfringentes qui sont, à coup sûr, incapables de toute conduction nerveuse. Mais il ne faut pas perdre de vue que l'homologie des organes s'établit par la similitude de leur origine et non par leur structure histologique, laquelle est fonction de leurs adaptations secondaires.

En résumé, et comme conclusion générale de l'ontogenèse de l'organe visuel, on peut dire que, selon toutes probabilités, l'œil,

chez les ancêtres des craniotes actuels, devait avoir un plan d'organisation fort analogue à celui des organes olfactif et auditif, mais qu'il a très tôt subi des transformations profondes. L'ontogenèse révèle que chez ces ancêtres éloignés, qui avaient déjà, toutefois, tous les caractères essentiels des vertébrés, l'œil devait avoir une structure relativement simple dont on peut se faire vaguement une idée par comparaison avec les autres organes des sens. Il en résulte que l'évolution complète de cet appareil visuel s'est faite dans le phylum des vertébrés; la confrontation de l'œil de ces derniers avec celui des mollusques ou des arthropodes ne peut en éclairer la phylogenèse qu'en montrant comment les organismes, tout en suivant des lignes d'évolution divergentes, ont pu, par des procédés analogues ou divers, se construire un organe capable de bien voir.

***

J'ai donné, je crois, la preuve de l'exactitude des trois propositions que j'énonçais au début de cette note. Elle découle des données embryologiques actuellement connues et a exactement la même valeur qu'elles; comme ces données résultent du travail collectif d'un grand nombre d'auteurs, on peut les considérer comme solidement établies. Cependant il ne faut pas se dissimuler que bien des recherches sont encore nécessaires : l'ontogenèse de la tête des amniotes est encore fort incomplètement connue, et chez les vertébrés inférieurs eux-mêmes, il reste à découvrir bien des faits qui permettront de mieux pénétrer dans le détail de l'évolution phylogénétique de l'appareil sensoriel, et qui peut-être obligeront à des remaniements.

Quoi qu'il en soit, je voudrais encore esquisser quelques considérations générales en terminant ce travail.

L'étude comparative du développement des ganglions spinaux, des ganglions sensitifs des nerfs craniens mixtes, des organes auditif, olfactif et visuel, démontre que chez des chordés très primitifs, dont l'embryologie seule a pu, jusqu'ici, retrouver la trace, la tête se différenciait du tronc par l'existence d'un système sensoriel extrêmement étendu. Il devait s'y trouver une série bilatérale de sept grands organes des sens, unis au système nerveux central par des nerfs parsemés de cellules ganglionnaires disséminées ou groupées en amas. Quelles étaient exactement la structure et la composition de ces organes? Nous l'ignorons complètement. Nous pouvons affirmer leur existence, nous pouvons tracer le plan *général* de leur organisation, mais il nous est impossible de préciser davantage.

Un point toutefois est certain : ils n'étaient pas tous complètement identiques; s'ils l'avaient été, ils auraient sans doute suivi

tous la même évolution. Trois d'entre eux, dont l'un possédait sûrement des macules pigmentaires, un autre une otolithe, se sont progressivement perfectionnés dans leur fonction spéciale, et ce perfectionnement même a pu rendre inutile le maintien des quatre autres en tant qu'organes récepteurs de sensations; ceux-ci se sont atrophiés, mais leurs ganglions ont persisté en conservant le seul attribut d'une sensibilité générale et diffuse.

On dira peut-être que ceci est de la spéculation pure. Ce serait une exagération; ce n'est en réalité que l'expression, en langage transformiste, des *faits* révélés par l'embryologie.

Et cela met bien en évidence le rôle considérable que joue cette science en morphologie générale. Car, — pour rester dans le sujet traité — en montrant que les ganglions spinaux et les ganglions des nerfs craniens mixtes se développent par des processus différents, bien qu'ils aient la même structure et les mêmes fonctions chez l'adulte; en montrant ensuite que ces ganglions des nerfs craniens s'édifient suivant les lois qui président à la formation des organes des sens, l'embryologie fournit la *preuve* du transformisme, aussi bien et même mieux que n'importe quelle expérience *actuelle*.

Certes, elle ne permet pas de dire quels étaient tous les détails de structure des êtres qui ont jalonné l'évolution phylogénétique, mais elle *prouve* l'existence réelle de ces ancêtres, et c'est là l'essentiel; nous n'en saisissons que des ombres confuses, mais ces ombres se représentent, identiques, dans toutes les ontogénèses successives. Elles sont le substratum héréditaire dont le développement individuel n'est que la résultante.

La question de la paralysie générale traumatique au point de vue médico-légal

par le Prof. E. Régis (de Bordeaux)

Depuis qu'elle s'est trouvée posée devant les Tribunaux, la question de la paralysie générale traumatique est devenue tout à fait d'actualité : d'actualité non plus seulement *théorique*, mais aussi et surtout *pratique*. Il ne s'agit plus aujourd'hui, en effet, pour les psychiatres, de discuter de façon purement scientifique sur les rap-

(1) Communication au premier Congrès de médecine légale de langue française (Paris, 29-30 mai 1911).

ports de la paralysie générale et du traumatisme; il s'agit, pour les experts, de dire aux juges si la paralysie générale, dans un cas donné, a pu être créée ou influencée par un traumatisme, par suite, s'il y a lieu ou non à indemnité.

Problème grave, difficile, qui intéresse plus encore peut-être les médecins militaires et les médecins légistes que les aliénistes proprement dits, car, de par leurs fonctions, ils sont les arbitres médicaux ordinaires en matières d'accidents du travail et d'accidents professionnels.

Jusqu'ici, les experts, hésitants et divisés, paraissent s'inspirer bien plus, dans leurs conclusions, de vues théoriques que des faits eux-mêmes. Ceux qui estiment que la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique et rien que syphilitique, se refusent systématiquement, par cela même, à faire dans leurs rapports une part, si minime soit-elle, au traumatisme. Ceux qui, au contraire, admettent plus ou moins l'existence de la paralysie générale traumatique, sont portés à la voir et à l'affirmer dans beaucoup de cas, sans motif plausible.

Tout récemment, dans une affaire d'accident du travail pour laquelle j'ai eu à intervenir ultérieurement, avec mes collègues les professeurs Pitres et W. Dubreuilh, un médecin légiste distingué avait nettement conclu, dans son rapport, à une paralysie générale traumatique, parce qu'il n'avait trouvé, du vivant du sujet, aucune autre cause connue d'inflammation de la substance cérébrale, et, à l'autopsie, que les lésions habituelles de la paralysie générale, sans lésions grossières de syphilis. On risque d'en arriver de la sorte à trouver un lien médico-légal entre la paralysie générale et un traumatisme quelconque, non seulement cranien, mais aussi extracranien et même purement moral. Il y a là une exagération et un danger de nature à légitimer les craintes en quelque sorte prophétiques de Brissaud, lorsqu'il disait : « Ne nous laissons pas influencer par la formule paradoxale : *post hoc, ergo propter hoc*, sinon il n'est plus un traumatisme qui ne fût capable de créer de toutes pièces la paralysie générale. Les revendications les plus injustifiées seraient dès lors permises et admises (1). »

On voit l'importance et les difficultés du problème. C'est pourquoi il m'a paru utile et opportun de résumer ici, dans une sorte de mise au point et en me plaçant surtout sur le terrain pratique, les données sur lesquelles peut et doit s'appuyer l'expert dans l'appréciation des cas de paralysie générale supposée traumatique.

Ces données sont à la fois d'ordre scientifique et d'ordre médico-légal :

1° Au point de vue scientifique, il est généralement admis aujour-

---

(1) Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Lille, 1906.

d'hui que la paralysie générale est surtout d'origine syphilitique. Quelques auteurs même disent : « toujours syphilitique », comme récemment encore Lehmann, Plaut et Fischer, pour ne parler que des étrangers.

En ce qui me concerne, mon opinion n'a pas varié depuis que, il y a vingt ans, je soutenais à peu près seul en France l'idée de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Mais je n'ai jamais été jusqu'à l'absolu. Pour moi, la syphilis est non pas la cause *exclusive,* mais la cause *prépondérante* de la paralysie générale.

En tout cas, quelle que soit l'opinion que l'on professe à cet égard, il est un point sur lequel tout le monde est ou doit être d'accord : c'est que la syphilis ne suffit pas à elle seule pour produire la paralysie générale. Il y faut le concours d'un autre facteur, prédisposant ou adjuvant. Comme l'a dit Vallon, la syphilis peut être la cause *nécessaire* de la paralysie générale ; elle n'en est pas la cause *suffisante.*

On peut donc, tout en étant partisan de l'étiologie ordinairement ou constamment syphilitique de la paralysie générale et tout en ne croyant pas à l'existence d'une paralysie générale vraiment traumatique, admettre l'influence favorisante, précipitante ou aggravante du traumatisme sur la paralysie générale ; exactement comme, tout en repoussant l'hypothèse d'une tuberculose traumatique, on peut reconnaître cependant qu'un traumatisme est susceptible de favoriser, hâter ou aggraver la tuberculose.

2° Il résulte des données scientifiques ci-dessus que toutes les opinions étiologiques relatives à la paralysie générale, quelles qu'elles soient, sont parfaitement compatibles avec la possibilité d'une relation de cause à effet entre un traumatisme et la paralysie générale.

Il nous faut préciser maintenant les données médico-légales qui peuvent permettre au médecin expert d'établir cette relation de cause à effet, c'est-à-dire de résoudre le problème pratique, le problème d'espèce, qui lui est posé.

Ces données médico-légales découlent surtout des travaux anglais et allemands sur la matière [Middlemass, Merson, Eddisson, Eurich (1904), Meyer, Gieseler (1905)].

D'après l'ensemble de ces travaux, au fond concordants, il y a présomption de relation de cause à effet entre un traumatisme et une paralysie générale :

1° Lorsque, au moment de l'accident, le sujet était dans son état habituel de santé mentale et n'avait présenté précédemment ni troubles cérébraux, ni modifications suspectes de l'intelligence et du caractère ;

2° Lorsqu'il s'agit d'un traumatisme cranien violent ou ayant déterminé un ébranlement général intense ;

3° Lorsque, entre le shock et l'apparition de la paralysie générale, il s'est écoulé un temps ni trop court ni trop long (de quelques mois à deux ou trois ans, en moyenne).

Ces formules s'appliquent indistinctement à tous les cas, même à ceux où il existe une syphilis antécédente. La jurisprudence étrangère a même admis la relation de cause à effet dans les cas où un traumatisme a été simplement un facteur d'aggravation d'une paralysie générale déjà existante.

Ce sont ces formules, dégagées de la médecine légale des pays voisins, que j'ai adoptées personnellement dans l'importante affaire qui motiva le débat soulevé par Brissaud au Congrès de Lille, en 1908, en y joignant cette autre présomption de cause à effet :

« Lorsque le shock et la paralysie générale ont été pour ainsi dire reliés l'un à l'autre par une série de malaises généraux, de symptômes post-traumatiques » (par exemple céphalée, asthénie, comme chez notre sujet, ou confusion mentale, comme dans une observation récente de Pactet et Bourilhet).

Conformément aux conclusions que j'émis dans ce sens avec mes coexperts, le D[r] Dubuisson et le professeur André, la Cour de Toulouse rendit, dans l'affaire précitée, le 29 novembre 1906, trois mois après le Congrès de Lille, un arrêt encore inédit, dont voici le début :

« Attendu que, en présence des divergences doctrinales existant dans la science entre les sommités médicales, au sujet de l'influence du traumatisme sur la paralysie générale, la Cour, dont la préoccupation doit être avant tout celle de la vérité concrète résultant de l'examen des faits de la cause et de leurs conséquences juridiques, ayant commis, pour s'éclairer de leur avis, trois médecins experts d'une compétence et d'une honorabilité reconnues, est dans la nécessité de s'inspirer à la fois des conclusions de leur rapport, des témoignages recueillis et des lumières de sa propre conscience;

» Attendu que, de la succession des faits, du rapprochement des dates et du développement des symptômes morbides découlent naturellement les éléments de sa conviction; qu'il en résulte que l'état de santé de D..., entièrement satisfaisant jusqu'à l'accident du 20 mai 1895, exempt de toute tare dans sa personne ou dans son ascendance, s'est modifié visiblement à partir de ce moment par la manifestation de troubles physiques et intellectuels, d'abord sans importance apparente, mais s'aggravant progressivement jusqu'à lui imposer la cessation de ses fonctions dans le service des Postes et à nécessiter bientôt son internement dans un asile d'aliénés, où il est mort;

» Qu'il semble donc qu'il ne puisse y avoir aucun doute sur la relation de cause à effet existant entre l'accident dont D... a été la victime et la maladie dont il est mort;

» Attendu qu'en dehors de ce raisonnement logique, imposé à la con-

science du juge plus encore qu'à son humanité, toute décision reposerait sur des conceptions plus ou moins plausibles, sans consistance réelle et, par suite, dépourvues de toute valeur juridique;... »

Sur ces attendus, la Cour, en ses conclusions, repoussant une nouvelle demande de nouvelle expertise présentée par le professeur Brissaud au nom de la Compagnie d'Orléans, accordait à la veuve de D... une rente annuelle et viagère de 1,200 francs et à chacun des enfants une pension de 600 francs jusqu'à sa majorité et, à sa majorité, une somme de 8,000 francs.

L'importance de cet arrêt est considérable, car il a créé, en quelque sorte, la jurisprudence française en la matière.

Brissaud, qui voulait éviter, à cause des abus possibles, l'introduction de la paralysie générale parmi les maladies susceptibles d'être produites ou favorisées par les accidents du travail et qui, pour ce motif, avait lutté jusqu'au bout contre cet arrêt qu'il prévoyait, réclamant même une nouvelle expertise, m'écrivait amicalement quelques jours après : « La Cour de Toulouse vient de résoudre un grave problème scientifique. »

Un grave problème *juridique*, oui; un problème *scientifique*, non; car la Cour avait, on l'a vu, soigneusement écarté du domaine de ses appréciations le côté purement théorique de la question et ses divergences doctrinales, pour ne s'attacher qu'aux faits de la cause et à leur solution.

Depuis cette époque, la plupart des auteurs français se sont, au point de vue médico-légal, ralliés à ses vues, qui se retrouvent notamment dans les travaux de Joffroy (*L'Encéphale*, 1907), de Ribierre (*Revue d'hyg. et de méd. légale*, 1907) et de bien d'autres.

Il est donc surprenant que les conclusions des médecins légistes, trop influencées, je le répète, par des données théoriques, restent encore aussi variables, et il est à souhaiter qu'elles arrivent bientôt, dans leur ensemble, à s'uniformiser.

C'est le motif principal et le but de cette communication, que je résumerai en disant que, dans une affaire de paralysie générale supposée traumatique, l'expert doit s'attacher surtout aux points suivants : 1° rechercher si la paralysie générale existait ou s'annonçait déjà avant le traumatisme; 2° étudier le traumatisme, sa nature, son siège, sa gravité, ses effets immédiats et prochains; 3° préciser le début de la paralysie générale, ses manifestations premières, sa forme et son évolution; 4° établir si, entre le traumatisme et la paralysie générale, il a existé des symptômes morbides les reliant en quelque sorte l'un à l'autre; 5° mentionner tous les autres facteurs étiologiques susceptibles d'être intervenus, en particulier la

syphilis, qui doit être recherchée cliniquement et expérimentalement.

J'appellerai tout spécialement l'attention, en terminant, sur deux de ces points :

Il s'agit, en premier lieu, de la difficulté qu'il peut y avoir, pour l'expert, à s'assurer que la paralysie générale n'existait en rien à l'époque de l'accident.

Souvent, en effet, le sujet sera considéré, même de bonne foi, par les témoins ordinaires de sa vie, comme étant à ce moment parfaitement bien portant, et les enquêtes pourront témoigner dans ce sens, alors qu'en réalité il était déjà touché par la maladie.

J'ai eu à examiner, il y a deux ans, un paralytique général dont la famille fournissait au Tribunal des certificats d'anciens patrons établissant que, jusque quinze jours avant l'accident incriminé, il était absolument sain de corps et d'esprit. Or son dernier patron put prouver, tout au contraire, que, dès son entrée chez lui, à cette époque, il se livrait à des extravagances significatives.

Une seconde difficulté, non moins grande, consiste à fixer l'époque du début de la paralysie générale après l'accident.

En règle générale, on le sait, toute paralysie générale qui se révèle trop tôt après un traumatisme, dans les premiers jours ou les premières semaines qui suivent, doit être tenue pour suspecte et considérée comme vraisemblablement antérieure au traumatisme, parfois même comme étant non l'effet, mais la cause de celui-ci...

Or, les parties, dans leur ignorance du fait et dans leur désir de prouver, de façon indiscutable, la relation de cause à effet entre la paralysie générale et l'accident, insistent fréquemment sur ce point que les symptômes de la paralysie générale sont survenus aussitôt après ce dernier, ne se doutant pas qu'elles fournissent là un argument des plus sérieux à l'encontre de leur thèse.

Dans l'affaire que j'ai citée plus haut, où le médecin légiste avait conclu formellement à une paralysie générale traumatique, la veuve et son avocat soutenaient que les troubles psychiques et physiques, y compris l'embarras de la parole, s'étaient manifestés immédiatement après l'accident du travail, *dans les deux ou trois jours suivants*. C'était nous obliger à nous demander, ce que nous fîmes, s'il ne s'agissait pas là d'une paralysie générale antérieure à l'accident et d'une chute non provocatrice de paralysie générale, mais provoquée par la paralysie générale à la faveur d'un ictus, ce que les circonstances du fait rendaient tout au moins vraisemblable.

XXIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

—

(*Suite*)

—

COMMUNICATIONS

Note anatomo-clinique sur un cas d'acromégalie

MM. G. BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE montrent les coupes des glandes endocrines d'une acromégalique de 61 ans, morte hémiplégique par ramollissement d'origine artérielle. L'hypophyse, augmentée de volume et de poids, présente une dépression cupuliforme très marquée sur sa face supérieure, une très grande richesse du lobe nerveux en cellules à pigment et une sclérose annulaire au lobe glandulaire avec hyperplasie épithéliale à prédominance éosinophile.

La thyroïde, goitreuse, présente, en dehors du kyste du lobe droit, une cirrhose hypertrophique avec double évolution des cellules vésiculaires vers des éléments volumineux et éosinophiles, ou au contraire vers de petites cellules rondes indifférenciées. Les surrénales, dont la capsule fibreuse épaissie envahit la glomérule, ont une forte spongiocytose de la fasciculée et une médullaire riche en cellules granuleuses. Une surrénale accessoire sans médullaire est également spongiocytée.

Les hyperplasies glandulaires de l'hypophyse

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). — L'auteur présente les coupes de 5 hypophyses permettant d'étudier les passages des simples hyperplasies par hyperfonction aux processus inflammatoires. adénomateux et cancéreux.

Classification des tumeurs de l'hypophyse

MM. ROUSSY et CLUNET (de Paris). — Il y a lieu d'éliminer la tuberculose. la syphilis, l'hyperplasie simple et adénomateuse.

Les tumeurs réelles de l'hypophyse doivent être classées en *malformations* (épithéliomas pavimenteux) et *tumeurs épithéliales* (adénome, formes de transition, épithéliomas et tumeurs conjonctives).

Adipose améliorée par la radiothérapie

M. WILLIAMS (de Washington). — Après un an de malaises vagues et de céphalées, une jeune fille de 25 ans commença à engraisser énormément ; de 63 kilogrammes elle passe à 82. En même temps elle éprouvait des douleurs dans le dos et dans les cuisses ; ces douleurs dites sciatiques étaient produites par l'hypertrophie des tissus qui étirait les nerfs. La graisse s'accumulait comme dans l'adipose douloureuse, c'est-à-dire qu'elle formait des masses irrégulières aux racines des membres dont la lourdeur gênait beaucoup la malade.

Les maux de tête allaient en augmentant ; leur siège était profond et ils étaient le caractère lourd et stupéfiant, si bien que de temps en temps, en plein

jour la malade tombait dans un sommeil dont aucune excitation ne pouvait la tirer. Pendant ces crises de narcolepsie, la malade prononçait des paroles incohérentes et il lui est arrivé une fois de chanter. La mémoire est diminuée, mais l'intelligence reste satisfaisante ; il y a eu quelques vomissements. On ne constate pas de signes d'hypothyroïdie, pas de perte de cheveux, pas d'augmentation de la sensibilité du froid, pas d'épaississement de la peau. Absence de symptômes génitaux et urinaires, pas d'aménorrhée, pas de polyurie, pas de glycosurie.

Mais la vue a baissé ; par moments des nuages interrompent complètement la vision. Pas de sensations subjectives de l'olfaction. Il y a des vertiges avec sensation de sang dans le cerveau. La force motrice est normale et la coordination l'est aussi.

Les réflexes patellaire et achilléen sont paresseux à gauche ; le réflexe plantaire est moins marqué à gauche ; ces différences ne sont d'ailleurs pas très accentuées. Les réponses des muscles sont augmentées des deux côtés ; la sensibilité est normale, toutefois il y a une différence légère dans les cercles de Weber en faveur du côté gauche et il existe aussi de l'hypéresthésie au pincement de la couche adipeuse cutanée ; surtout aux mollets, aux cuisses et au crâne.

Le champ visuel est rétréci et la malade se fatigue très vite.

On constate une vaste hypertrophie des tissus conjonctifs des extrémités inférieures. Les cuisses mesurent 70 centimètres, le tour des hanches est de 120 centimètres ; il n'y a pas d'œdème, pas d'augmentation de volume des os, les veines des cuisses et des conjonctives sont congestionnées.

Les rayons X montrent un agrandissement et un approfondissement de la selle turcique.

Traitement. — La malade fut soumise une fois par semaine à des séances de radiothérapie effectuées d'après la méthode de Béclère et Jangeas. Tout de suite les attaques de narcolepsie ont cessé complètement et les céphalées ont beaucoup diminué d'intensité ; le champ visuel est moins rétréci ; les réflexes sont devenus moins actifs malgré quelques interruptions du traitement.

Six mois plus tard la malade demeure bien portante mais son poids n'a pas diminué malgré un régime sévère et M. Williams se propose de commencer un traitement thyroïdien, espérant que par suite de la modification du métabolisme il se produira une diminution du poids du corps.

Hystérie et mythomanie

MM. DUPRÉ et LOGRE. — La suggestion hystérique n'est pas simplement la *suggestion pathologique*, c'est la *suggestion du pathologique*.

Si, d'autre part, on considère non plus l'influence étrangère qui provoque la suggestion, mais, la réaction personnelle du sujet, on reconnaît que l'hystérie est un syndrome essentiellement *imaginatif*. L'hystérie révèle soit de l'*imagination reproductrice* (hétéro-suggestion, imitation), soit surtout de l'*imagination créatrice* (auto-suggestion, demi-simulation).

Caractérisée par la puissance d'objection de l'idée, par la contrefaçon des maladies, par l'organisation et la mise en scène de syndromes fictifs, obéissant dans toutes ses manifestations aux lois classiques de l'activité imaginative, reproductrice et créatrice, l'hystérie, comme l'a soutenu Hartenberg, est d'essence mythopathique : elle peut se définir : la *mythomanie des syndromes*.

L'hystérie peut se définir : la *mythomanie des syndromes*. Le mythomane

ordinaire ment et fabule en paroles et en actions. L'hystérique, lui aussi, est un mythomane au sens ordinaire du mot, et l'état mental des hystériques. décrit par les auteurs, se confond plus ou moins complètement avec la constitution mythomaniaque. Mais, en outre, l'hystérique, pour mentir et fabuler, dispose de la physiologie particulièrement complaisante de ses organes. Le mythomane, peut-on dire, ment surtout avec son esprit ; l'hystérique ment surtout avec son corps.

Cette aptitude spéciale à réaliser les syndromes peut être désignée sous le nom *psycho-plasticité* de l'hystérique. Et l'hystérie elle-même se caractérisant par l'existence de cette plasticité mise au service de la mythomanie, les auteurs proposent, pour dénommer l'hystérie, le terme de *mythoplastie*.

M. HARTENBERG (de Paris). — Je suis heureux de voir les opinions que j'ai émises sur le rôle de l'imagination chez les hystériques confirmées par M. Dupré. Pourtant, je ne vois pas de motifs suffisants pour restreindre le terme d'hystérie aux seuls malades qui fabriquent des troubles corporels imaginatifs ; ce même terme s'appliquerait tout aussi légitimement aux autres désordres dus à l'imagination, et la preuve clinique est que les uns et les autres se rencontrent, en réalité, chez les mêmes malades.

Au reste, il me paraît impossible de définir ou de limiter l'hystérie. La clinique nous apprend seulement ceci : c'est qu'il y a des individus pourvus d'une imagination riche, colorée, active, qui, sous l'influence d'une émotion. vont réaliser des manifestations imaginatives variées, soit corporelles, soit mentales. Mais, entre ces sujets et les sujets normaux, dont l'imagination réagit aussi sous l'influence des émotions, il est une infinité de degrés et de termes de passage. Il n'y a pas d'hystérie-maladie qu'on puisse schématiser : il n'y a que des sujets plus ou moins imaginatifs, auxquels on pourra réserver, si l'on veut, l'épithète d'hystériques.

Infantilisme mental, infantilisme moteur

M. Henry MEIGE. — L'infantilisme mental, sur lequel nous avons attiré l'attention dès 1894, est la persistance, malgré les progrès de l'âge, d'un état mental qui, normalement, est celui de l'enfant.

Malgré les variantes individuelles, l'état mental de l'enfant présente des caractéristiques faciles à reconnaître. Ce qui domine, c'est le défaut de mesure et d'équilibre, l'inaptitude à la coordination des idées et des actes. Dans ses gestes, dans sa démarche, comme aussi dans ses idées, l'enfant est instable, excessif, déséquilibré. Son attention est éphémère, ses caprices subits, mais passagers. Il a de brusques impatiences, de vives colères, vite apaisées, il est à la fois inconstant et entêté, ses réactions émotives sont aussi dénuées de mesure et le désordre n'est pas moindre dans le domaine affectif ; il a des tendresses excessives, des répulsions disproportionnées.

Cet état mental se modifie normalement avec les années : les actes se perfectionnant, l'attention se fixe, les idées s'ordonnent, l'émotivité, l'affectivité subissent la maîtrise du jugement et de la raison.

Mais il arrive souvent que, malgré les progrès de l'âge, on voit persister les caractéristiques mentales de l'enfance. Cette anomalie évolutive constitue proprement l'*infantilisme mental*. C'est un fait d'observation clinique facile à constater, en prenant pour point de repère l'état mental normal de l'enfant.

La persistance avec les années de signes qui appartiennent en propre à l'enfance témoigne d'un arrêt ou d'un retard dans le développement des fonctions régulatrices de l'écorce cérébrale ou d'une imperfection des voies nerveuses

d'association qui établissent la connexion entre l'appareil cérébral frénateur et l'appareil réflexe bulbo-médullaire. L'histologie et l'anatomie pathologique confirment que les anastomoses entre l'écorce et le névraxe ne s'établissent que progressivement après la naissance. Si cette jonction se fait trop tardivement ou si elle ne se fait qu'imparfaitement, le sujet porteur d'un appareil nerveux qui demeure encore « en enfance » conservera les manifestations de l'enfance.

On trouve une confirmation de ce fait en étudiant les fonctions de la motilité, de la réflectivité, de l'équilibre chez les sujets atteints d'infantilisme mental. On observe en effet chez eux les mêmes modes de réactions motrices que chez l'enfant : instabilité des attitudes, maladresse des mouvements troubles du tonus musculaire, perturbations des réflexes, agitations intempestives, réactions d'allure spasmodique. Tous ces troubles peuvent être désignés sous le nom d'*infantilisme moteur*. Ce terme exprime bien que les manifestations motrices d'un sujet qui a passé l'âge de l'enfance ont conservé les caractères qu'elles ont normalement chez l'enfant; il permet aussi d'entrevoir que ces manifestations d'aspect infantile sont commandées par des organes demeurés infantiles.

Un rapprochement s'impose avec les affections nerveuses dites, elles aussi, « infantiles », telles que la maladie de Little, les encéphalopathies infantiles, les diplégies et les hémiplégies infantiles, dont le substratum anatomique est constitué par des lésions déficitaires des centres corticaux ou des voies cortico-spinales. La connaissance de ces grands syndromes neuropathologiques permet d'apprécier plus exactement la signification et la cause de l'infantilisme moteur qui en représente une forme très atténuée et qui n'est lui-même qu'un mode de manifestation de l'infantilisme mental.

Ainsi comprise, la notion de l'infantilisme mental a une importance diagnostique et pronostique non douteuse, et elle n'est pas sans conséquence au point de vue thérapeutique et médico-légal.

Hyperthyroïdisation expérimentale

M. et Mme PARHON. — Huit expériences sur des jeunes lapins, chats ou poulets. De leurs expériences les auteurs concluent que les fortes doses sont incompatibles avec une survie suffisamment prolongée pour étudier leur effet sur le développement ou bien déterminent un arrêt de développement. C'est ainsi qu'un lapin de 200 grammes, qui prenait, depuis le 15 mai, une tablette de corps thyroïde à 30 centigrammes tous les jours (le 23 et le 27 mai exceptés), succomba le 9 juin. A ce moment il pesait 280 grammes, tandis que le témoin, dont le poids initial était aussi de 200 grammes, avait gagné 300 grammes.

Entre les différents os longs des deux animaux on constatait des différences allant jusqu'à 4 millimètres à l'avantage du témoin.

Des doses moins fortes, tout en n'étant pas compatibles avec une survie prolongée, déterminent une accélération de la croissance. Un petit chat (de 310 grammes) prenant depuis le 27 mai une tablette de 30 centigrammes tous les deux jours, succomba le 16 juin. A ce moment ses os longs dépassaient ceux du témoin et les différences allaient dans ce cas jusqu'à 4 millimètres.

Des doses encore moins fortes permettent une survie encore plus prolongée. Quand cette dernière est suffisante on peut constater que la soudure des épiphyses est plus précoce chez les animaux traités que chez le témoin.

Enfin on peut trouver des doses permettant une survie normale ou à peu près. Ces doses peuvent accélérer aussi la croissance et déterminer une exagération du processus ostéogénétique en général.

Les corrélations fonctionnelles

M. MENDELSSOHN (de Paris). — L'auteur attribue aux corrélations fonctionnelles une grande importance clinique en pathologie nerveuse et mentale.

Il nomme corrélation fonctionnelle le rapport constant qui existe entre divers phénomènes constituant un groupe fonctionnel. La corrélation fonctionnelle est basée sur une certaine causalité sans toutefois être un simple rapport de cause à effet.

Nombreuses sont les corrélations fonctionnelles dans le domaine du système nerveux aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique. Elles sont même plus nombreuses dans les maladies, car le processus morbide crée souvent dans le système nerveux des corrélations fonctionnelles importantes qui n'existaient même pas ou qui passaient inaperçues à l'état normal.

Les corrélations fonctionnelles dans le domaine nerveux s'établissent entre le système sensitif et le système moteur (comme par exemple le tabes), entre la réflectivité spinale et l'excitabilité neuro-musculaire, entre le cerveau et l'axe spinal, entre le cerveau et d'autres organes, glandes endocrines, cœur, estomac, etc., enfin entre les organes de sens.

M. Mendelssohn insiste sur le rôle du système nerveux dans la production des corrélations fonctionnelles dans l'organisme; il décrit un *symptôme de relation* qui résulte de la relativité des phénomènes morbides et précise sa valeur pathognomonique pour certaines affections du système nerveux central et périphérique.

Les transformations de la paralysie générale

MM. MABILLE et PERRENS (de La Rochelle). — La paralysie générale est en train de se transformer, au moins dans son aspect clinique habituel : 1° elle tend à une évolution plus lente; 2° elle perd peu à peu son caractère de joyeuse exubérance pour ne conserver le plus souvent qu'un caractère purement démentiel. Elle deviendrait, en somme, et plus longue et plus triste.

Psychoses consécutives à une infection

M. FAMENNE (de Florenville). — L'auteur rapporte trois observations personnelles de malades, chez lesquels il n'a pas trouvé de tares héréditaires, qui ont été normaux et actifs jusqu'au jour de leur infection, et qui, à la suite d'une blennorragie aiguë, ont présenté un délire systématisé de persécution, ayant des conséquences médico-légales graves.

Selon l'auteur, ces faits tendraient à prouver : 1° Que la maladie infectieuse a créé chez ces malades une disposition spéciale, analogue à la prédisposition héréditaire, rendant leur système nerveux plus sensible, plus réceptif, et suffisant à créer un terrain favorable à l'éclosion de la maladie;

2° Qus l'infection agit soit par la diffusion brute des toxines dans tout l'organisme, soit plutôt par la perturbation apportée dans les sécrétions internes des glandes génitales et de leurs annexes;

3° Que la nature du délire est en rapport avec la nature de l'infection, l'espèce du toxique; que par exemple le bacille de Pfeiffer, associé aux streptocoques dans la grippe, entraînera la confusion mentale, la tuberculose produira des états neurasthéniques, la syphilis des délires hypocondriaques,

l'alcool enfin, pour prendre un toxique non infectieux, créera surtout des troubles de l'imagination et favorisera l'éclosion d'hallucinations.

M. WAHL (de Pontorson) demande si c'est bien l'infection qui est responsable de tous ces accidents. Ne faut-il pas plutôt mettre en cause le rôle tout spécial que paraissent jouer les préoccupations d'ordre génital ?

M. DUPRÉ (de Paris). — Le rôle prépondérant dans la genèse de ces accidents revient à la prédisposition. Les cas de ce genre sont en effet relativement peu nombreux, tandis que les blennorragiques non délirants sont innombrables.

Du reste, l'infection crée surtout des délires confusionnels. Il est difficile de lui attribuer les délires interprétatifs rapportés par M. Famenne. Ses malades étaient vraisemblablement des hypochondriaques à obsessions génitales, comme on en voit souvent. Et il est bien vraisemblable aussi qu'on aurait pu trouver dans leur passé des troubles psychopatiques préalables.

M. REGIS (de Bordeaux). — Il est exact, comme le fait remarquer M. Wahl, que les troubles mentaux liés aux préoccupations génitales s'observent surtout chez des hommes, la vie sexuelle jouant un rôle beaucoup plus grand dans les préoccupations de l'homme que chez la femme. On peut en distinguer trois catégories :

1° Ceux qui ont la phobie d'une affection génitale qui n'existe pas réellement chez eux ;

2° Les persécutés hypocondriaques, qui se recrutent plus souvent chez des sujets atteints de malformations génitales que chez ceux qui ont une affection accidentelle des organes génitaux ;

3° Enfin, des neurasthéniques qui tendent à verser dans l'hypocondrie à la suite d'une longue infection génitale, et notamment de ces blennorrhées interminables qui sont un des principaux facteurs d'asthénie.

M. RÉMOND (de Toulouse). — La cause de ces troubles mentaux est moins le mal en lui-même que sa localisation sur les organes génitaux. J'ai vu une psychose dépressive se montrer à la suite d'une tuberculose testiculaire le jour seulement où le malade a eu connaissance de la nature de son affection. Chez un maître d'armes atteint de tuberculose génitale, les troubles mentaux n'apparurent qu'à partir du jour où l'épididyme se mit à suppurer ; et ils disparurent avec la cessation de la suppuration.

Obsessions et volonté

M. HARTENBERG (de Paris). — Le rôle de la volonté dans les obsessions est encore discuté parmi les psychiatres. Pour les uns, considérant l'obsession comme un phénomène essentiellement émotif, la volonté ne joue aucun rôle. Pour les autres, au contraire, c'est la faiblesse de la volonté qui est responsable de l'obsession. D'autres, enfin, adoptant une opinion mixte, estiment que l'obsession est à la fois le produit de l'émotivité et de l'aboulie.

M. Hartenberg, d'après son expérience personnelle, estime que l'obsession est essentiellement et avant tout un trouble de nature émotive et que c'est l'anxiété qui crée de toutes pièces l'obsession sans que l'aboulie y prenne aucune part.

Mais, une fois l'obsession constituée, deux cas se présentent. Ou bien l'indi-

vidu est un individu de volonté faible, incapable de réagir, de lutter contre son obsession, et alors celle-ci persiste à la faveur de cette aboulie. Ou bien l'individu est énergique, résolu; il lutte contre son obsession, la domine et finit par en avoir raison, ainsi que le démontre l'exemple de certains malades.

Pour conclure, l'obsession est un trouble à base émotive qui s'installe indépendamment de toute volonté. Mais c'est grâce à l'aboulie, à l'insuffisance de lutte, qu'elle persiste et tyrannise le malade.

La paresse pathologique

M. HAURY. — Bien des paresseux sont des malades, car s'il y a une *paresse physiologique* passagère et d'origine physique ou mentale, et qui est la paresse du fatigué, il y a aussi une *paresse pathologique* plus ou moins durable.

C'est la paresse de l'affaibli, et dans ce cas elle est due à des troubles de l'organisme, comme par exemple chez les convalescents, chez les individus qui commencent une maladie, et surtout dans les maladies chroniques (asthénies symptomatiques dont les plus connues sont celles du tuberculeux et de l'addisonien). C'est une paresse plus spécifique qui apparaît comme symptôme unique ou en tout cas prépondérant, quand elle est due à des troubles des fonctions directrices des activités de relation. C'est ce ralentissement morbide dans les fonctions psycho-motrices qu'on voit dans les affections nerveuses et mentales. Et c'est cette paresse qui nous intéresse le plus.

On va la voir alors sous forme de paresse pathologique *passagère et périodique*, après des crises parfois méconnues, parce que nocturnes, d'épilepsie, et aussi chez les petits cyclothymiques. Mais on la voit plus communément sous la forme de *paresse pathologique habituelle*, et la cause en est très variable. On l'a vue causée par une tumeur du cerveau. Les états nerveux d'hystéricisme, de neurasthénie, surtout de psychasthénie. Les aboulies font des « paresseux ». (Les anormaux psychiques se conduisent souvent socialement comme tels aussi.) Les pithiatiques le paraissent, comme aussi l'individu frappé de sinistrose. Mais ce sont surtout les psychoses à forme asthénique (comme les confus simples) ou mélancolique (comme les déprimés mélancoliques) et les faiblesses intellectuelles démentielles, surtout la démence précoce, qui laissent croire le plus souvent que les malades ne sont que des paresseux.

La formule leucocytaire chez les aliénés

MM. PARHON et DAN (de Bucarest). — Examen du sang au point de vue de la formule leucocytaire dans 20 cas de psychoses diverses.

Dans la mélancolie, les auteurs ont trouvé dans 3 cas sur 4 une diminution des polynucléaires neutrophiles avec éosinophilie dans l'un de ces trois cas.

Deux fois sur 3 cas de manie ils ont trouvé une polynucléose. Dans 2 cas de psychose périodique les polynucléaires gardent leur proportion normale.

Dans la démence précoce Parhon et Dan ont trouvé trois fois sur 7 cas la diminution des polynucléaires. Deux de ces cas concernent la démence paranoïde, le troisième est un cas de catatonie. Une seule fois sur les 7 cas ils ont trouvé l'éosinophilie. Ce dernier phénomène se retrouve chez une femme crétine et goitreuse, ainsi que chez une épileptique dont le corps thyroïde est hypertrophié.

Sans pouvoir dégager de leurs recherches, et de celles des autres auteurs

qu'ils citent dans leur travail, des conclusions précises sur la formule leucocytaire dans les diverses psychoses, ils constatent que cette formule est très souvent modifiée dans de pareils cas, ce qui prouve une fois de plus que les malades atteints de psychoses ont, en général, plus qu'une maladie psychique ou cérébrale, et qu'il faut étudier chez eux l'ensemble de l'organisme.

La correction des troubles de la parole

M. H. MEIGE. — Les troubles fonctionnels de la parole, — ceux qui ne sont liés ni à une altération centrale, telles que les différentes variétés d'aphasie, ni à une altération périphérique nerveuse ou musculaire, ni à une malformation congénitale ou acquise, — les troubles purement fonctionnels de la parole dépendent de trois sortes de perturbations qui peuvent exister isolément, ou, ce qui est plus fréquent, simultanément.

La grande majorité des troubles qualifiés communément de bégaiement reconnaissent pour origine l'une ou l'autre ou l'une et l'autre de ces perturbations fonctionnelles.

La plus fréquente est un trouble de la *fonction respiratoire*, variable dans sa forme et dans son intensité, mais qui, en définitive, peut se résumer en ceci : le sujet cesse subitement de respirer, ou bien il fait une inspiration trop brusque ou incomplète, ou bien son expiration s'interrompt brusquement, ou bien encore il inspire quand il devrait expirer et inversement. Les variantes individuelles sont nombreuses. Mais il est constant d'observer un déficit respiratoire lié à l'incorrection des actes respiratoires normaux.

Les troubles de la *fonction phonatoire* sont aussi fréquents. Ils tiennent à des anomalies surtout par excès de la contraction des muscles glottiques. L'anche laryngée a tendance à se clore trop vite et trop fortement. Par suite, la tonalité de la voix s'élève.

Enfin, les troubles de la *fonction élocutoire* sont le plus ordinairement caractérisés par deux sortes de phénomènes : la précipitation des mouvements d'articulation et le peu d'amplitude de ces mouvements. Le sujet parle trop vite et ne prend pas le temps nécessaire pour faire exécuter à sa langue, à ses lèvres, à son pharynx, les mouvements utiles pour une diction correcte.

En somme, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, les troubles purement fonctionnels du langage tiennent à trois causes principales : 1° une respiration irrégulière ; 2° une trop grande élévation de la tonalité vocale ; 3° une trop grande rapidité d'élocution.

Partant de cette analyse clinique, on peut en déduire logiquement un certain nombre de conseils correcteurs. L'observation démontre que ces conseils portent leurs fruits à la condition qu'ils soient mis en pratique avec régularité et persévérance :

1° *Correction du rythme respiratoire.* — Son principal défaut étant l'irrégularité et la trop grande rapidité, on devra conseiller des exercices respiratoires ayant pour but de régulariser et de ralentir les mouvements de la respiration. On fera faire d'abord au sujet des exercices respiratoires simples, puis lorsque ceux-ci seront bien exécutés, il devra s'efforcer de les mettre en pratique pendant la lecture et pendant la parole. Dans chaque cas particulier on insistera sur la correction des fautes les plus saillantes (insuffisance de l'inspiration, temps d'arrêt pendant l'expiration, trop grande fréquence des mouvements respiratoires, etc.).

2° *Correction des troubles phonatoires.* — Comme la faute la plus commune

est une élévation excessive de la tonalité vocale, on recommandera au sujet d'adopter un ton de voix plus grave.

3° *Correction des troubles élocutoires.* — Ici, la faute principale étant l'excès de vitesse et l'insuffisance des mouvements d'articulation, on conseillera la lenteur de la parole et l'exagération des mouvements de la mimique faciale, en faisant parler le sujet devant un miroir.

Ces conseils peuvent se résumer simplement dans la formule suivante : *respirer bien, parler grave, parler lent, grimacer.*

Gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psycho-motrice

M. G. PAUL-BONCOUR. — La gymnastique orthophrénique a pour but, en s'adressant à l'éducation musculaire, de procéder surtout à l'éducation de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, de la volonté. Alors que la gymnastique ordinaire tend à verser dans l'automatisme et l'habitude, la gymnastique orthophrénique, au contraire, évite cet automatisme en provoquant constamment la mise en activité des différentes facultés. Elle convient spécialement aux enfants instables chez lesquels coexistent une imperfection des mouvements et une imperfection mentale.

En régularisant la motricité, on donne une base solide et physiologique à l'évolution mentale.

La gymnastique orthophrénique comprend trois séries de mouvements:

1° Mouvements collectifs à types et à rythmes changeants;

2° Mouvements collectifs contrariés;

3° Mouvements asymétriques ou dissociés.

Pratiquement, les exercices doivent être attrayants, gradués, adaptés à la mentalité et à l'état morbide, rythmés, proportionnés à la résistance nerveuse, sans automatisme. Ces règles découlent des expériences esthésiométriques, dynamométriques, scolaires, etc., faites à l'Institut médico-pédagogique.

Fin du traitement de Weir-Mitchell. Traitement des névroses en cure libre

M. Paul-Emile LÉVY. — La nécessité de la cure libre se déduit de la nature même du traitement des névroses, lequel se résume en ce seul mot: *éducation.*

Cette éducation doit être d'abord *psychique* ou *morale;* mais elle ne doit pas se limiter à cette seule psychothérapie; elle doit être encore *physique, vitale,* c'est-à-dire adapter le malade à ses occupations, à ses distractions, à la vie elle-même; *sociale,* enfin, autrement dit elle doit adapter le malade à son entourage, à ses proches, en milieu humain.

Or, l'isolement, par définition même, s'oppose à cette éducation pratique et à cette adaptation nécessaire : aussi est-il la cause directe des *rechutes,* survenant d'une façon parfois presque soudaine lorsque le malade se trouve de nouveau remis en contact avec son mode de vie antérieur.

Dans le traitement en cure libre, le malade aura été directement entraîné à s'adapter et à réagir à son milieu habituel : de là sa supériorité pour réaliser la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Les syncinésies, par G. STROEHLIN. (Un vol in-8° ràisin de 147 pages. 1911, G. Steinheil, éditeur)

Les troubles latents des voies d'inhibition motrice ont été mis en lumière par les travaux de Dupré et de ses élèves. Dupré, comme on le sait, désigne, sous le nom de débilité motrice d'inhibition, un syndrome fait d'hyperréflectivité tendineuse, de perversion du réflexe plantaire, de maladresse constitutionnelle, de paratonie, de syncinésie et d'une forme particulière d'énurésie nocturne, symptômes liés à une insuffisance essentielle ou acquise du faisceau moteur volontaire.

Les éléments du syndrome de débilité motrice, expression de lésions latentes cortico-spinales, doivent se retrouver dans les grosses lésions des voies centrales, dans les hémiplégies.

Ce sont ces liens intimes qui rattachent les hémiplégies au syndrome d'hypogénésie motrice que M. le Docteur Stroehlin s'est proposé dans son ouvrage de mettre en lumière, et il a limité son étude au symptôme le plus facile à mettre en évidence, même dans les états de contracture prononcée : la syncinésie, et d'une façon plus générale, les *mouvements associés*.

Latents à l'état normal, décelables assez facilement chez le débile moteur, prédominants dans la « syncinesia volitiva » ou les « angeborene Mitbewegungen » des auteurs allemands, les mouvements associés constituent dans les hémiplégies un symptôme d'une valeur diagnostique considérable.

Prédominance d'un côté du corps, nécessité d'un effort musculaire pour les rendre apparents, influence nulle de la volonté pour en amener la suppresison, tels sont les caractères fondamentaux des syncinésies qui se dégagent de nombreuses observations personnelles de malades, chez lesquels l'auteur a mis les mouvements associés en évidence par d'ingénieuses épreuves.

Ces recherches sur les syncinésies à l'état normal, dans la débilité motrice de Dupré, la syncinesia volitiva, les hémiplégies, montrent la parenté étroite de ces troubles et leur origine commune dans l'atteinte des pyramidales.

Une étude physiopathologique étayée sur une bibliographie considérable et des indications thérapeutiques terminent ces pages qui mettent au point l'histoire si peu connue en France des syncinésies et de leurs rapports avec les fonctions d'inhibition motrice.

VIe CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Bruges, 30 septembre au 1 octobre.)

Le VIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie s'est ouvert à Bruges, le samedi 30 septembre à 10 heures du matin, au foyer du théâtre. Au bureau siégeaient MM. Crocq et Deroubaix, présidents; MM. Brachet et Beesau, vice-présidents; M. le comte Visart de Baucarmé, bourgmestre de Bruges; M. Henry Dom, directeur général au Ministre de la Justice; MM. d'Hollander, Thooris et Boulanger, secrétaires.

M. Visart de Baucarmé souhaite la bienvenue aux congressistes; il déclare être heureux de recevoir les savants belges qui s'occupent de questions sociales aussi élevées. M. le Bourgmestre entre ensuite dans des considérations très intéressantes concernant les ravages de l'alcoolisme.

M. H. Dom prend alors la parole: le Directeur général communique au Congrès les regrets de M. Carton de Wiart, Ministre de la Justice, qui ne peut assister à la séance mais envoie aux congressistes ses vœux de succès les plus sincères. M. Dom insiste sur l'importance que le Ministre et lui-même attachent aux congrès belges de neurologie et de psychiatrie. Le Directeur général parle ensuite de l'assistance des aliénés, question toujours passionnante qui ne peut laisser indifférents les pouvoirs publics; il termine en affirmant le grand désir du gouvernement actuel de participer à l'amélioration de l'assistance des aliénés.

M. Crocq prononce le discours présidentiel :

Monsieur le Bourgmestre, Monsieur le Directeur général,
Mesdames, Messieurs,

Notre Congrès s'ouvre sous les meilleurs auspices : M. Carton de Wiart, Ministre de la Justice, a bien voulu accepter la présidence d'honneur de notre session; nous savons tous combien notre nouveau Ministre se préoccupe de l'assistance des aliénés et nous avons le ferme espoir que, sous son gouvernement, les desiderata que nous formulons depuis plus de cinquante ans seront enfin réalisés. Je remercie M. Carton de Wiart pour l'intérêt qu'il veut bien témoigner à notre Congrès, je le remercie, au nom des aliénistes belges, pour l'ardent désir qu'il a d'améliorer la situation des asiles.

Je remercie M. Henry Dom, Directeur général au Département de la Justice, qui a bien voulu nous faire l'honneur de rehausser par sa présence notre séance inaugurale. Nous avons tous pu apprécier déjà les hautes qualités de notre nouveau Directeur général, dont les capacités égalent l'affabilité et la modestie.

A peine investi de ses importantes fonctions, M. Dom n'hésite pas à s'intéresser à nos travaux; c'est là pour nous un indice précieux; nous pourrons être certains, à l'avenir, d'être écoutés avec attention et bienveillance et d'obtenir gain de cause lorsque ce sera possible.

N'oublions pas que M. le Directeur général est l'intermédiaire entre nous et M. le Ministre de la Justice, c'est par son intermédiaire que nos desiderata sont soumis au Ministre, c'est avec lui que le Ministre les discute et, dois-je le dire, c'est souvent à son avis que se rallient les gouvernants. Vous le voyez, Messieurs, nous devons être heureux et fiers d'avoir parmi nous M. le Directeur général Dom et nous le remercions encore bien sincèrement.

Je remercie M. le comte Visart de Bocarmé, bourgmestre de Bruges, qui a bien voulu nous souhaiter la bienvenue en termes si autorisés et si aimables; nous sommes très sensibles de l'honneur que nous fait le premier magistrat de cette ville en acceptant la vice-présidence d'honneur de notre session, et nous sommes heureux de constater que M. le bourgmestre veut bien s'intéresser aux questions si importantes que nous discutons.

Ce n'est pas sans émotion que nous nous réunissons dans cette ville historique et poétique qui évoque en nous un passé glorieux, Bruges, la cité calme, endormie depuis des siècles, remplie de trésors, cité propice aux méditations artistiques autant qu'aux méditations scientifiques; Bruges, dont le nom seul rend rêveur, nous offre l'hospitalité.

Cette hospitalité si séduisante ne peut laisser indifférents les savants réunis ici aujourd'hui. Les manifestations les plus élevées de l'esprit humain constituent, en effet, deux branches jumelles émanées d'un tronc commun, l'idéal. Cet idéal qui constitue la suprême perfection, qui ne s'obtient que par la recherche incessante d'une perfection plus élevée, se manifeste dans deux domaines différents, l'art et la science, considérés par certains comme deux antithèses, et qui, en réalité, ont une origine commune : la recherche de la perfection dans le beau et dans le vrai; c'est pourquoi j'ai défini l'art « la conception originale du beau et du vrai ».

Il y a dans les carrières artistiques comme dans les carrières scientifiques des artisans et des artistes; ceux qui copient ou n'arrivent à créer que des non valeurs sont les premiers, ceux seuls qui peuvent créer une œuvre ayant le double caractère de beauté et de vérité sont des artistes. Les savants doivent avoir la prétention d'appartenir à cette dernière catégorie. C'est à ce titre que nous ne pouvons rester insensibles au milieu artistique dans lequel nous nous trouvons et que nous serons heureux de nous reposer de nos discussions scientifiques constituant l'une des branches de l'idéal, en admirant les beautés artistiques de l'autre branche jumelle de l'idéal que nous offre si généreusement la Ville de Bruges.

Je remercie l'Administration communale de la Ville de Bruges qui veut bien nous accorder ce confortable local, et nous ouvrir les portes de ses musées incomparables.

Je remercie les Directions de l'Asile Notre-Dame et du Dépôt de mendicité qui nous permettront bientôt la visite de ces établissements.

Je remercie M. D'Hollander, notre dévoué et distingué Secrétaire général, qui a si parfaitement organisé cette session; M. Thooris, qui s'est occupé de tous les détails locaux; je remercie MM. les rapporteurs : M. le prof. Brachet, MM. Ley et Menzerath qui ont bien voulu nous apporter le fruit de leurs travaux; je remercie particulièrement M. Famenne qui a consenti à se charger *ex abrupto* du rapport de psychiatrie.

Messieurs,

Notre Congrès compte cette année, comme du reste chaque fois qu'il se réunit, un certain nombre d'adhérents français; je tiens à souligner la parti-

cipation de ces collègues étrangers parce qu'il est réellement remarquable de constater que leur nombre atteint aujourd'hui le quart du chiffre de nos souscriptions.

Décidément les écoles neuro-psychiatriques française et belge se sont fusionnées et cela pour le plus grand bénéfice de notre science nationale qui ne cesse de s'inspirer des travaux si intéressants et si nombreux publiés en France. Je remercie bien sincèrement et bien vivement ces fidèles collaborateurs qui ne dédaignent pas de participer à nos travaux et qui, j'ose le dire, nous apportent les lumières de leur esprit si clair et de leur science si précise.

Messieurs,

Il est d'usage que le Président de nos sessions traite, dans son allocution, un sujet scientifique; j'estime que cette coutume est utile; je n'aurai garde de m'y soustraire. J'imiterai donc mes devanciers en vous faisant une petite conférence neuro-psychiatrique, mais, où je me séparerai complètement de mes précédesseurs, c'est dans le choix de mon sujet.

On reproche aux sociétés scientifiques de consacrer tous leurs travaux à des recherches théoriques alors que les questions si importantes de thérapeutique sont laissées à l'écart ou effleurées légèrement. Je pense que cette critique n'est pas tout à fait dénuée de fondement : la thérapeutique occupe, sans contredit, une place trop peu importante dans nos discussions. C'est pour m'opposer à cette tendance néfaste que je choisis un sujet de cet ordre.

(L'orateur développe une étude sur le salvarsan dans les maladies du système nerveux, qui sera publiée *in extenso* dans le *Journal Médical de Bruxelles* et dans un prochain numéro du *Journal de Neurologie.)*

RAPPORTS

I

La signification morphologique des grands organes des sens de la tête

Rapporteur : Prof. BRACHET (de Bruxelles).

(Ce rapport a paru in extenso dans les n°s 17 et 18 du *Journal de Neurologie.)*

II

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentale

Rapporteurs : MM. LEY et MENZERATH (de Bruxelles).

PREMIÈRE PARTIE

GENERALITES

I. — Historique et bibliographie

C'est Trautscholdt (1) qui lança le premier la méthode consistant à dire ou à faire apparaître devant un sujet un *mot*, dit mot inducteur, et à lui demander

(1) TRAUTSCHOLDT, *Experimentelle Untersuchungen über die Assoziation der Vorstellungen*, Phil. Stud., I, 1883.

de prononcer le plus rapidement possible le mot qui s'associe immédiatement dans son esprit à ce mot inducteur.

Wundt ((1) publia à la même époque sa classification bien connue des associations.

Kræpelin (2), Münsterber (3) et Scripture (4) étudièrent ensuite la méthode expérimentale des associations et posèrent à son sujet des principes généraux qui sont encore aujourd'hui admis par tous. Ils montrèrent déjà les applications pratiques que peut avoir cette méthode psychologique et les conclusions générales qu'il est possible d'en tirer; à ce sujet, les expériences de Kræpelin sur l'influence psychique de diverses substances toxiques et médicamenteuses sont des plus caractéristiques. Nous devons citer ici comme un travail d'ensemble de tout premier ordre, l'introduction de Kræpelin à ses Psychologische Arbeiten (5).

Aschaffenburg (6) a étudié l'influence de l'épuisement sur la qualité de l'association. Sous l'action de la fatigue, produite par une nuit de travail, à jeun, les associations purement verbales, par assonance, augmentent notablement ainsi que celles qui sont courantes et habituelles pour le sujet; l'élément vraiment intellectuel tend à diminuer. Ce même phénomène est appelé par Jung « Verflachung des Assoziationstypus ».

Weygandt (7), expérimentant l'influence de la faim, et de l'épuisement qu'elle provoque, trouve aussi la même prédominance des associations par assonance (jusqu'à 48 %).

C'est d'ailleurs le fait le plus typique qui ressort des études de Kræpelin (alcool), de Aschaffenburg (fatigue), de Weygandt (faim) que les associations *internes*, que nous appellerons aussi intelligentes ou profondes, diminuent de fréquence sous l'influence des diverses causes de dépression des centres supérieurs, pour laisser prédominer les associations *externes* et en particulier les *simples assonances*.

Van Erp Taalman Kip, dans une série d'études sur les associations (8), émet d'abord des considérations intéressantes sur leur classification, cherche à montrer que l'analyse des individualités mentales par la méthode des associations permet de songer à une division à base anatomique : les personnes ayant des centres sensoriels fortement prédominants donnent souvent des associations externes; ceux qui ont des tendances motrices ont d'autres associations.

---

(1) WUNDT, *Grundzüge der Physiologischen Psychologie.* 5e Auflage, 1902 (1re édition en 1874).

(2) KRÆPELIN, *Experim. Stud. über Assoziationen.* (*Amtl. Bericht der 56. Versamm. Deutsch. Naturf. und Aertze.* Freiburg, 1883.

IBID., *Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel.*, 1892.

(3) MÜNSTERBERG, *Studien zur Assoziationslehre* (*Beiträge zur Exper. Psychologie*, 1892).

(4) SCRIPTURE. *Ueber den associativen Verlauf der Verstellungen.* Philosoph. Studien, Bd. VII, S. 50-146.

(5) *Der psycholog. Versuch in der Psychiatrie.* P. A., 1894.

(6) *Experimentelle Studien ueber Assoziationen.* Psych. Arb., 1894.

Ueber Erchöpfung. Ps. Arb., 1899.

Ueber Ideenflucht. Ps. Arb., 1902.

(7) WEYGANDT, *Ueber die Beeinflussung geistiger Leistungen durch Hungern.* Ps. Arb., IV, 1901.

(8) *Studiën over Associaties : Psychistrische en neurologische Bladen* (1899, nr 6; 1903, nr 1; 1906, nr 2; 1908, nrs 2 en 4; 1909, nr 2).

Chaque type dépend de l'excitabilité spéciale plus ou moins grande d'un centre cérébral prédominant. Cette notion, combattue par Aschaffenburg, reprise et défendue par Van Erp Taalman Kip, a été indiquée aussi par Van Biervliet (1), qui pense que la méthode des associations peut permettre de discerner l'importance réelle des centres plus développés, entre autres chez les « auditifs » et les « visuels ».

On trouvera dans le très beau travail, bien connu, de Claparède (3) une bibliographie générale des plus étendues et des mieux commentées concernant l'association des idées.

* * *

L'application pratique et directe de l'étude expérimentale des associations au diagnostic et à la psychologie des maladies mentales fut un des grands mérites de Sommer (3).

Depuis longtemps on a reconnu les tendances qu'ont certains aliénés à parler en rimant, à associer les mots qu'ils emploient d'après de simples assonances. Les maladies mentales étant causées fréquemment par l'intoxication, l'épuisement du tissu nerveux, ces faits ont été rapprochés de ceux que nous révèlent les expériences ci-dessus rappelées, concernant l'influence des toxiques et de la fatigue sur les associations d'idées.

C'est Sommer qui, un des premiers, indiqua l'importance des constatations faites au moyen de la méthode expérimentale des associations, et entrevit pour elle un avenir brillant et important, espoir qui ne s'est point démenti jusqu'à présent, bien au contraire. Sommer constata chez certains maniaques la tendance à donner comme mot induit, des associations qui semblent absolument étranges et non contiguës; il les dénomme associations « par bond » *(sprunghaft)*. Nous verrons que ce phénomène d'association médiate, dont le terme moyen peut être inconscient ou subconscient, se retrouve également chez le normal et que l'analyse mentale par l'introspection ou par la méthode de la série de mots évoqués, permet souvent de retrouver le terme moyen « par bond ». Un simple exemple : l'un de nous, expérimentant avec un malade, lui entend dire : argent-or, et pense tout à coup avec une grande netteté à : « *Via Calzajoli, Florence* ». Impossible pour lui de trouver immédiatement pourquoi cette idée se présente à son esprit; en cherchant et en disant mentalement tous les mots qui lui viennent à ce moment il trouve *Or san Michele*, le nom d'une petite église située dans la Via Calzajoli, à Florence. Le terme moyen de l'association était resté subconscient et l'association avec Via Calzajoli eût semblé « par bond » sans la réussite de cette analyse mentale.

Il est certain que toutes les associations sont *déterminées*, si bizarres puissent-elles paraître et si difficile soit-il d'en retrouver la genèse.

* * *

Un principe important introduit et recommandé par Sommer dans la pratique des associations expérimentales est celui de la série de mots servant de même excitant pour tous les sujets, et donnant par conséquent des réactions comparables (Princip des gleichen Reizes).

La qualité du mot inducteur a une importance considérable sur la réaction. Il a été constaté que suivant qu'il s'agit d'un mot *abstrait*, d'un mot *concret*

---

(1) *La Mémoire*. Paris, Doin, 1902, pp. 270 et 271.

(2) CLAPARÈDE. *L'Association des Idées*. Paris, Doin, 1903. (Biblioth. internationale de psychol. expérim.)

(3) *Lehrbuch der psycho-pathol. Untersuchungsmethoden*. Berlin, 1899.

représentant un objet, ou du nom d'une *qualité*, les réactions sont tout à fait différentes, que les associations par assonance se rencontrent plus avec les mots abstraits quand la possibilité de trouver facilement un mot induit est moins grande. (Sommer, Wreschner.)

C'est pourquoi la série de mots, toujours la même, est indispensable ainsi que son emploi comparatif chez des sujets normaux et anormaux.

Sommer a noté chez une malade faible d'esprit une tendance, qui se retrouve d'ailleurs fréquemment chez de nombreux sujets, à l'association par contraste (chaud-froid, dur-mou), ou par ressemblance (chaud-brûlant, dur-solide).

D'une façon générale, Sommer conclut en termes très élogieux pour la méthode des associations, dont il entrevoit fort bien le grand avenir et le pouvoir de pénétration psychologique. Aschaffenburg et aussi Sommer ont constaté les stéréotypies et les répétitions fréquentes, et en ont souligné la valeur pathologique. Ils ont aussi constaté tous deux, chez des maniaques, qu'au cours de l'évolution de la maladie, lorsque le nombre des assonances diminue, celui des répétitions augmente, soit les répétitions du même mot dans la série, soit la répétition du mot inducteur. Sommer pense que le pouvoir d'inhibition augmentant avec les progrès de la guérison, il empêche les associations rapides. par assonance, et favorise ainsi ces répétitions. Les progrès de la guérison pourraient ainsi être suivis et la méthode aurait une valeur séméiologique bien nette.

Aschaffenburg a confirmé aussi, par des expériences plus nombreuses et plus exactes, la constatation déjà faite par Féré que, contrairement à l'opinion, qu'on se ferait à première vue, les temps de réaction du maniaque sont ***allongés.***

Ces auteurs n'ont point vu à cette époque, les symptômes importants que comportait l'inhibition totale provoquée par le mot inducteur, et ses relations avec un état affectif spécial venant consteller la mentalité de l'individu.

Cette notion, si importante et si féconde, qui domine actuellement toute la pathologie des associations expérimentales nous a été fournie par les travaux de Jung et de ses élèves.

Ceux-ci se basent sur les idées de Freud et Breuer (1), qui expliquent les troubles psycho-pathologiques en les rapportant à des phénomènes surgissant du subconscient, où ils ont été refoulé («verdrängt ») en constituant un ensemble plus ou moins indépendant du « moi », phénomènes, qui, d'après Freund, dépendent toujours de la sphère sexuelle. La notion de la sexualité est, dans les travaux de Freud et de Jung, des plus élargies et c'est ainsi que s'expliquent les nombreux malentendus qui se sont fait jour à leur sujet.

D'après leur théorie, bon nombre d'actes de la vie journalière, et aussi les rêves, ainsi que chez les malades, un grand nombre de phénomènes nerveux et psychiques, s'expliquent par l'extériorisation de phénomènes inconscients se présentant sous forme d'un symbolisme qu'il faut apprendre à dépister (« Psycho-analytisches Talent », Jung). C'est en recherchant par la psychoanalyse la signification réelle et le rôle pathogène de ces idées subconscientes, qui troublent le sujet, et en les faisant passer du subconscient dans le conscient, qu'on arrive, en donnant au sujet la notion exacte de ces troubles, en les soumettant à son contrôle et en lui permettant ainsi de les expulser, à réaliser une méthode thérapeutique (méthode « cathartique ») qui serait, aux dires de Freud et Jung, très efficace.

(1) BREUER-FREUD, *Studien über Hysterie*. Wien, Deuticke, 2e édit., 1910.
S. FREUD, *Die Traumdeutung*, 2e éd. Wien, 1910.
IBID., *Die Psychopathologie des Altagslebens*, 2e édit., 1911.

C'est à Bleuler, de Zurich, que revient l'idée de dénommer « Komplex » l'ensemble de ces représentations refoulées dans le subconscient et reliées entre elles par une émotivité spéciale (« Gefühlsbetonter Komplex »), terme que Jung traduit par « complexus d'associations à coefficient émotionnel ». (*Année Psychologique*, XV, 1909, p. 161.) Cette expression pourrait se traduire plus simplement par « complexus affectif ».

Rob. Sommer avait déjà entrevu les racines profondément subjectives de certains groupes d'associations, qu'il a dénommés « subjectiv præformirte Vostellungsgruppen ».

C'est tout récemment que Jung (1), dans une étude très fouillée sur la psychologie de la démence précoce, a transporté les idées de l'école de Freud sur l'influence des complexus, dans le domaine des psychoses. Il prétend (pp. 128 et suiv.) que la démence précoce porte en elle un fond affectif d'une intensité tout à fait anormale qui selon l'expression de Masselon se *fige*, dès le début de la maladie, dans la mentalité du sujet.

Jung croit, d'après son expérience personnelle, que cette hypothèse est vraie pour tous les cas de démence précoce. On verra plus loin que dans l'analyse de certains de nos cas, nous avons trouvé la disparition complète de l'affection et il nous a souvent été impossible de mettre un complexus en lumière.

* * *

Nous donnerons maintenant un aperçu concis des travaux d'ordre clinique, publiés dans ces dernières années sur les associations d'idées.

Après les travaux de Kræpelin, Aschaffenburg et Sommer dont nous avons parlé plus haut, nous voyons éclore une série d'applications de la méthode à l'étude des maladies mentales.

Rappelons que Féré en 1892 (2) a mesuré le temps d'association chez le normal et l'a trouvé en moyenne de 75/100 de seconde. Il constate déjà que les *maniaques* n'ont pas le temps d'association court qu'on croirait, comparé au temps long des déprimés. Il constate aussi l'allongement du temps de la réaction associative chez les hystériques et surtout chez les épileptiques; chez ces derniers l'allongement est parfois considérable et va jusqu'à 10 et 15 secondes. Il a remarqué aussi l'influence des *émotions provoquées* chez les hystériques : 1° elles déterminent un *allongement du temps d'association*.

2° Si on demande au sujet de réagir par un adjectif, il réagira par un adjectif dépréciant l'objet si l'émotion provoquée est déprimante, et par un qualificatif optimiste si l'état provoqué est gai.

Féré avait donc constaté certains résultats obtenus entre autres par Aschaffenburg, et avait entrevu l'importance de l'allongement du temps chez les hystériques, ainsi que l'influence de l'affectivité sur la nature des réactions.

Wreschner (3), dont nous avons signalé déjà certaines constatations, a appliqué la méthode à l'étude des états congénitaux d'infériorité mentale.

Mlle M. Pelletier (4) en 1904 a publié une étude des plus fines sur l'association des idées chez certains aliénés (maniaques et imbéciles). Sans avoir employé la méthode expérimentale, elle arrive par une observation bien conduite à déceler fort bien les lois de l'association morbide et la genèse de l'incohérence.

---

(1) *Über die Psychologie der Dementia præcox.* Halle, Marhold, 1907.

(2) *Pathologie des émotions.* Paris, 1892, pp. 331 et suiv.

(3) WRESCHNER, *Experimentelle Studien über die Assoz. in einen Falle von Idiotie. (Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, Bd. LVII, 1900.)

(4) M. PELLETIER. *Les lois morbides de l'association des idées.* Paris, Roussel, 1904.

Jung et Riklin (1) publièrent en 1905 la première partie des « Diagnostische Associations studien » dont la seconde partie était publiée quatre ans après. Les données principales qui ressortent des études de Jung et de ses élèves seront analysées et commentées dans un chapitre spécial de cette étude, lorsque nous traiterons du « Complexus » et de ses signes.

Isserlin (2), dans une étude expérimentale très approfondie des associations des maniaques et des déprimés, montre les caractères de l'excitation chez les uns, de l'inhibition chez les autres, avec toutefois la notion, qui persiste toujours chez ces malades, de l'adaptation exacte à l'expérimentation; il met les réactions des sujets atteints de psychose maniaque-dépressive, en opposition avec celles des déments précoces, dont l'allure réfractaire vis-à-vis de l'expérience, les paralogies, le maniérisme et la « persévération » des mêmes réactions à travers toute la série, sont caractéristiques.

***

Les élèves de Sommer ont fourni dans la « Klinik für psychische und nervöse Krankheiten » publiée sous la direction du professeur de Giessen, une série de contributions importantes au problème clinique des associations expérimentales.

L. Bouman (3) confirme les résultats obtenus par d'autres auteurs, constate la prédominance des assonances chez les maniaques et chez les paralytiques, trouve la répétition du mot inducteur fréquente chez les imbéciles, les déments précoces, les paralytiques et les maniaco-dépressifs. Il constate aussi les réminiscences verbales et les réactions dépourvues de sens des déments précoces. La réaction sous forme de phrases s'est montrée *fréquente* chez les déments précoces, les imbéciles, les épileptiques, les déments organiques, et les paralytiques; elle s'est montrée *rare* chez les paranoiaques, les hystériques et les maniaco-dépressifs. Cet auteur considère toutefois qu'il n'existe pas de type d'association pour une maladie déterminée.

Nathan (4) étudie les associations des imbéciles et trouve chez eux les caractéristiques suivantes :

1. Allongement du temps de réaction.
2. Augmentation des associations entre les mots de même catégorie grammaticale (symmetrische Assoziationen).
3. Augmentation des associations purement externes.
4. Stéréotypies fréquentes.
5. Apparition de réactions dépourvues de sens.
6. Inhabiletés et erreurs dans l'expression verbale.
7. Jeux de mots fantaisistes.

Il recherche l'explication des symptômes observés dans les caractères psychologiques suivants propres aux imbéciles :

a) Insuffisance intellectuelle (Minderwertigkeit) ;

---

(1) Jung et Riklin, *Diagnostische Associationsstudien.* I. Band, 1906.
Ibid., *Diagnostische Associationsstudien*, II. Band, 1910.

(2) Isserlin, *Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven.* (*Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie*, Bd. XXII, H. 4, 5, 6, pp. 302, 419, 509.)

(3) *Assoziationen bei Geisteskranken* (*Sommer's Klinik für psychische und nervöse Krankheiten)*, Bd. II, S. 505, 1907.

(4) Nathan. *Ueber die Assoziationen von Imbezillen und ihre diagnostische Verwertbarkeit.* (Sommer's Klinik für psych. und nervöse Krankheiten. Band IV, S. 320, 1909.)

b) Insuffisance du pouvoir de concentration ;
c) Augmentation de l'imagination et de la fantaisie ;
d) Tendance à la « persévération ».

Il considère les troubles rencontrés dans l'imbécilité à forme éréthique comme provoqués par une forte diminution du pouvoir d'attention et du pouvoir de concentation mentale.

K. Scholl (1) a publié une étude sur l'introduction expérimentale de complexus chez les malades ; son travail, qui n'est pas terminé, comporte cliniquement les conclusions suivantes : il ne trouve pas de spécificité dans les réactions de telle ou telle forme de maladie mentale, mais considère que globalement, les réactions des malades se différencient totalement des réactions des normaux.

Max Serog (2) publie l'examen de deux cas d'épilepsie alcoolique qu'il a soumis, entre autres, à des expériences d'association. Le résultat général de celles-ci confirme d'abord la constatation de tendances égocentriques marquées (Sommer). Il montre aussi la réaction fréquente « en phrases ». L'auteur a le tort de croire cette réaction spécifique, surtout qu'il s'agit de sujets peu instruits (cordonnier, serrurier). (Voir Jung, *Diagn. Assoz. Stud.*, I. III, p. 181.)

Il trouve ensuite la persévération, l'itération, les réactions superficielles et les assonances. — L'auteur explique ces réactions par les mêmes influences qu'Aschaffenburg et Kræpelin, c'est-à-dire que l'hyperexcitabilité psycho-motrice des épileptiques, qui ressemble à celle de l'alcoolisme et de la fatigue, et non par le trouble de l'attention dont parle Jung. — A notre avis, l'introspection seule pourra arriver à nous donner une solution de ce différend.

Natan (3) recherche la genèse des associations dépourvues de sens et trouve que ces réactions sont soit :

1° Des représentations *instables* évoquées par des circonstances extérieures et fortuites ;

2° Des représentations *stables* dont le contenu est au contraire fixé profondément dans le moi du sujet ; leurs racines plongent dans le centre même de la personnalité. Ce sont les « Constellations » de Jung-Riklin et les « subjektiv-präformirten assoziationen » de Sommer.

3° Des réactions médiates, dont les éléments intermédiaires disparaissent.

Ajoutons que pour ces deux catégories, l'*introspection* est indispensable.

* * *

Citons encore comme travaux intéressants, l'étude de Wimmer (4) sur les enfants anormaux, le travail de Wladyschko (5) sur les associations dans la paranoïa, dans lequel cet auteur montre une application pratique importante

---

(1) *Versuch über die Einführung von Komplexen in die Assoziationen von Gesunden und Geisteskranken.* (*Klinik für psych. und nerv. Krankheiten.* Bd. III, 1909, S. 197.)

(2) *Versuch ueber die Beziehungen von Epilepsie und Alkoholismus.* (*Ibid.* Bd. III, S. 241.)

(3) *Ueber die sogenannten sinnlosen Reactionen beim Assoziationsversuch.* (*Klin. für psychische und nervöse Krankh.* Bd. V, S. 76, 1910.)

(4) *Ueber Assoziationsuntersuchungen besonders schwachsinniger Kinder.* (*Monatschr. für Psychiatrie und Neurologie*, 1909, Hft. 2 und 3.)

(5) *Ueber den Charakter der Assoziationen bei Patienten mit chronischer primärer Paranoïa (Obosrenje psychiatrii)*, 1909, n° 7-10. (*Refer Neurolog. Centralblatt*, 1910, p. 824).

de la méthode, puisqu'il croit pouvoir arriver par elle à diagnostiquer chez le paranoïaque la tendance démentielle qui survient plus ou moins rapidement dans cette affection. Au début de l'affaiblissement mental, le paranoïaque qui d'habitude dissimule fort bien, au cours des expériences d'association, ses idées délirantes, commencerait à les montrer et à laisser échapper des réactions montrant qu'un complexus délirant spécial a été touché.

Une autre application pratique bien intéressante de la méthode des associations, et qui montre quel instrument précieux elle peut être pour l'exploration de l'affectivité, nous est fournie dans le travail de Karl Pototzky (1). L'auteur a employé la méthode au diagnostic de la psychologie affective intime de malades atteints de névrose traumatique; il a recherché quelle était chez eux l'émotivité spéciale qui se rattachait à l'idée de l'accident et à l'idée de l'indemnité, et se basant sur les résultats obtenus il a pu prévoir que chez l'un de ses malades, qui réagissait fortement à ces idées-complexus, la liquidation immédiate en une somme globale, de l'indemnité qu'il sollicitait, le guérirait, et devait lui être accordée, de préférence à des indemnités successives qui prolongeraient l'attente, favoriseraient l'inquiétude au sujet de la solution finale et retarderaient par conséquent la guérison. Chez un autre malade, au contraire, aucune émotivité ne se rattachant au complexus-paiement ou au complexus-accident, il en augure que la maladie ne sera pas modifiée par l'octroi d'une indemnité, et il pose un pronostic plus sévère que dans l'autre cas.

Un travail de Grace Helen Kent et Rosanoff (2), porte sur un nombre considérable de cas (247) et les résultats peuvent être comparés par les auteurs avec ceux obtenus antérieurement par eux chez 1000 sujets normaux. — Malheureusement des choses importantes telles que le temps d'association et l'introspection ont été négligées complètement, de sorte que les conclusions, entre autres, celle qu'il est difficile au moyen de la méthode des associations de distinguer la démence précoce de la folie maniaque dépressive, peuvent sembler un peu hasardeuses.

Binet et Simon (3) ont, au cours d'un travail sur l'imbécillité, exploré chez quelques malades, les réactions associatives.

Leurs expériences sont bien insuffisantes, nous semble-t-il, pour pouvoir en tirer des conclusions, surtout lorsqu'on veut renverser des notions classiques concernant les réactions des imbéciles. Ils se basent entre autres sur les résultats obtenus chez ***un*** sujet-contrôle, auquel ils n'ont fait qu'***une*** séance de ***trente*** mots alors que le sujet était, de l'avis des auteurs, embarrassé et gêné (4); ils concluent ensuite que le temps d'association des imbéciles est plus court que celui des normaux et que « si on donnait un prix à la vitesse, ce sont ici les imbéciles qui le gagneraient ». Comme boutade c'est très bien, mais ce point demanderait certes à être examiné de façon plus approfondie. Nous n'avons jamais chez des enfants normaux, trouvé des temps aussi longs que Binet et Simon : 7" en moyenne est énorme.

Des résultats méritant l'attention ont été trouvés d'autre part, entre autres celui donné par un imbécile, à temps de réaction très court... parce qu'il pré-

---

(1) *Die Verwertbarkeit des Assoziationsversuches für die Beurteilung der traumatischen Neurosen.* (*Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1909, Hft. 6.)

(2) *A Study of Association in Insanity.* (*The American Journal of Insanity.* oct. 1910.)

(3) *L'intelligence des imbéciles.* Année Psychol., XV, 1909, pp. 58 à 66.

(4) Comme souvent dans une première séance expérimentale.

parait d'avance le mot qu'il voulait dire. Dans nos protocoles on trouvera également quelques réactions de ce genre.

Binet et Simon sont dans un autre cas, fort indulgents pour les réactions d'un de leurs sujets imbéciles, lorsqu'ils trouvent que « un expérimentateur non prévenu pourrait les attribuer à un normal » (p. 64). Certaines de ces réactions méritent en effet à peine le nom d'associations, elles constituent plutôt des définitions et de la tautologie. Ce ne sont guère des réactions normales.

Ces expériences nous ont semblé trop peu prolongées et les sujets y sont insuffisamment adaptés, pour qu'on puisse en tirer des conclusions. Observons d'ailleurs que Binet et Simon ont négligé complètement de faire l'introspection de leurs sujets, procédé qu'ils auraient eu de très bonnes raisons d'appliquer (1), et qui, d'après notre expérience personnelle, est très possible chez les imbéciles.

Un auteur dramatique, M. Maurice Donnay (1) a placé dans une de ses pièces une scène dans laquelle un médecin psychologue examine des sujets au moyen de la méthode expérimentale des associations. L'un des sujets, une jeune fille, ennuyée par l'expérience, répond « ma jambe » à tous les mots inducteurs; le psychologue y cherche « une obsession, une idée fixe », mais heureusement, l'interne, mieux renseigné que son maître, l'éclaire sur la signification vraie de cette réaction préparée.

Le travail d'Emma Fürst (3) attire l'attention sur certains facteurs nouveaux, que ne peuvent jamais négliger ceux qui se livrent à l'étude expérimentale des associations d'idées : ce sont 1° les réactions spéciales que présentent les personnes peu instruites; elle a fait des expériences sur 37 sujets âgés de 9 à 74 ans appartenant à neuf familles différentes. Elle trouve chez ces sujets 54 % de réactions prédicatives : (chapeau — beau, arbre — vert) et cela notamment chez les femmes; 2° les *types familiaux* de réaction, qu'on retrouve chez les parents et chez les enfants; l'auteur constate que les réactions des enfants ressemblent plus en général à celles de la mère qu'à celles du père, surtout chez les filles.

Citons encore dans les « diagnostische Assoziationsstudien », le travail de Riklin (4) concernant les associations des hystériques (8 cas).

Ils dont étudiés avec la préoccupation de la recherche des complexus, du refoulement affectif (cas I), des réactions en forme de phrases dans l'hystérie (cas III et IV), des réactions dissimulatrices *(Deckreactionen)* (IV), de l'inhibition associative comme symptôme de complexus, de la « persévération » se traduisant par l'assimilation de certains mots inducteurs à un complexus. Le cas VII est intéressant, au sujet de ce dernier point, par la série de réactions suivantes, dans lesquelles on remarque bien la détermination par la notion « feu ». (Le sujet avait allumé 11 incendies pendant les six semaines, avant son internement) :

anzünden — Brand
Stern — rot
streicheln — Streichhölfier.

---

(1) BINET. *Année psychologique*, 1909 : *Avant-propos; le bilan de la psychologie*, en 1908, page VIII.

(2) DONNAY. *L'Escalade*, pièce en 4 actes. (*L'Illustration* du 24 décembre 1904.) Paris (Acte I, scènes III, IV et V).

(3) FURST. *Statistische Untersuchung ueber Wortassoziationen Ungebildeter.* (I Teil). *Diagn. Assoziat. Stud.*, II. Bd., 1910.

(4) RIKLIN. *Kasuistische Beiträge zur Kenntnis hysterischer Assoziationsphaenomene.* (*Diagn. Assoz. Stud.*, II, 1910.)

L'auteur montre encore la tendance de certains sujets à la « déviation » (Ablenkung) qui se produit surtout vers les objets environnants, et qui constitue une réaction de défense vis-à-vis de certains mots qui touchent un complexus; il montre aussi que l'erreur dans l'aperception du mot, a la même signification.

« Das Reizwort wird so aufgefasst, wie es am besten zum Komplex passt, oder wie es ihn am besten verdeckt. » (Page 30.)

L'auteur conclut comme suit :

« Pour autant que mes observations permettent des conclusions, l'hypothèse se confirme que le *Complexus* avec ses effets, constitue le fond de la psychologie hystérique, et que c'est de lui que dérivent tous les symptômes de l'hystérie. » (Page 30.)

Le complexus affectif et les associations d'idées. — Lorsqu'on donne à un sujet, sain ou malade, une série de mots auxquels il doit répondre, on constate que, si pour la plupart de ceux-ci on obtient des réponses rapides et logiques, il existe certains mots inducteurs — notamment ceux qui s'adressent à l'affectivité — pour lesquels on observe des troubles de la réaction associative : allongement anormal du temps de réaction, inhibition complète, réactions très superficielles (assonances), citations, traductions, erreur dans la reproduction ultérieure (Jung), émission de mots comme « oui » ou « non » avant la réaction, réactions mimiques, vasculaires et respiratoires spéciales et variations du phénomène psychogalvanique.

C'est l'école de Zurich (Bleuler et Jung) qui a démontré la détermination de ces troubles d'association par la présence de *complexus affectifs*. Cette constatation permet de considérer la méthode d'associations comme un procédé simple d'explorer l'affectivité, et, entre autres, de découvrir les complexus.

***

La notion de l'influence du complexus affectif sur les associations d'idées a été bien mise en lumière par Jung, et lui a permis de critiquer les idées d'Aschaffenburg, qui explique la superficialité des réactions par la fatigue et l'épuisement. Le psychiatre de Zurich a démontré que cette superficialité peut être aussi déterminée par une diminution de l'attention (Ablenkung), exerçant une influence inhibitrice.

Il a prouvé que l'on peut obtenir expérimentalement ces associations superficielles chez un sujet non fatigué, en distrayant simplement son attention, au moyen d'un métronome qui bat à côté de lui. Jung, se basant sur ce résultat, explique les associations superficielles non par la fatigue, mais par l'existence d'un complexus qui vient inhiber l'attention du malade.

***

L'affectivité qui accompagne les complexus a été, en outre, bien démontrée par l'enregistrement des phénomènes organiques qui accompagnent les émotions. Sommer déjà, s'était occupé de l'inscription des mouvements inconscients (*Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden*, p. 97 et suiv.), et a construit dans ce but son appareil bien connu pour inscrire les mouvements dans leurs trois divensions. Nunberg, sous la direction de Jung, a fait une série d'expériences avec cet appareil (1), mais il lui a trouvé — et nous ne pouvons que confirmer son appréciation — certains inconvénients qui sont, du reste, très faciles à corriger. Il est arrivé à ne

---

(1) *Diagnostische Assoziationsstudien*, IIe vol., n°22.

garder, dans l'appareil de Sommer, que l'inscripteur médian, qui donne les mouvements latéraux, et dont la netteté graphique est, en général, le mieux accentuée.

Se basant sur les résultats obtenus par Götz Martius (1), d'après lesquels la respiration influence par son rythme les mouvements du bras, Nunberg a ajouté à l'inscription de ces mouvements, le pneumogramme. Il a constaté que le parallélisme habituel des deux tracés est troublé par l'apparition d'un complexus affectif.

Des six sujets, cinq ont des mouvements des mains plus intenses lors des associations à complexus, un seul a des mouvements plus faibles (Nunberg, l. c., p. 202). « Il existe deux types qui réagissent différemment au complexus ; les uns présentent une excitabilité plus grande pendant l'émotion ; chez les autres, l'émotion exerce plutôt une inhibition. » (Page 203.)

Le phénomène psychogalvanique. — Une constatation des plus curieuses et des plus importantes est constituée par ce que l'on appelle en général « le réflexe psychogalvanique. (Déjà von Tarchanoff [2], Sticker [3] et Sommer [4] ont observé que des variations affectives, survenant dans notre organisme, sont susceptibles de faire varier le degré de résistance électrique des tissus. Veraguth [5] et Jung ont repris cette notion et l'ont appliquée à rechercher, si l'explosion affective, déterminée par l'apparition d'un complexus, se traduit également par des phénomènes constatables au galvanomètre. Parmi ceux dont les recherches ont confirmé l'existence du réflexe psychogalvanique aux émotions, nous citerons encore Binswanger (6) et Nunberg (7). Ce dernier conclut de la façon suivante : « Les variations d'innervation s'extériorisent par une diminution de la résistance électrique qui se manifeste par des oscillations du courant. Ces oscillations sont plus prononcées pour les associations avec complexus que pour les associations indifférentes. L'étendue des oscillations augmente parallèlement aux autres signes extérieurs de complexus. Même les complexus inconscients sont indiqués par le galvanomètre. Lorsque l'attention est diminuée, les mots inducteurs ne produisent pas d'oscillations ou ils n'en produisent que de très faibles et en même temps la résistance du corps augmente rapidement. » (Page 213.)

Cette expérience apporte une documentation précieuse aux théories biochimiques et énergétiques d'Ernest Solvay (8).

* * *

Les nombreux travaux qui ont paru sur la symptomatologie du complexus,

---

(1) *Ueber die Lehre der Beinflussung des Pusses und der Atmung durch psychische Reize.* (*Beiträge zur Psychologie und Philosophie*, Bd. I, 4. Heft, Leipzig, 190.)

(2) Voir notre bibliographie générale, n° 153.

(3) Voir notre bibliographie générale, n° 143.

(4) Rob. SOMMER. *Die elektrischen Vorgänge an der menschlichen Haut.* (*Klinik für psychische und Krankheiten*, I. Band, Halle, 1907.)

(5) Otto VERAGUTH. *Das psychogalvanische Reflexphänomen.* Berlin, 1909.

(6) Otto BINSWANGER, *Diagnost. Assoc. Studien*, II et *Uber das Verhalten des psycho-galvanischen Reflexphänomens bei Assoziationsexperimenten.* (*Journ. für Psycholog. und Neurolog.*, Bd. X, 1908.)

(7) H. NUNBERG. *Diagnost. Associationsstud.*, II.)

(8) Ernest SOLVAY, *Du rôle de l'électricité dans les phénomènes de la vie animale.* Bruxelles, 1894.

P. HÉGER, *Le programme de l'Institut Solvay.* Bruxelles, Lamertin, 1892.

les constatations identiques, faites par divers auteurs des phénomènes psychiques et organiques qui l'accompagnent, lesquelles sont confirmées aussi par nos expériences personnelles, permettent de négliger absolument les critiques de Schnitzler (1) qui, avec un parti-pris évident, a combattu les méthodes expérimentales des associations pour le diagnostic objectif des complexus. Cette phrase de la thèse du jeune médecin d'Utrecht est à épingler : « Dans une revue critique de la question et en compulsant la bibliographie, je crois avoir démontré qu'aucun des travaux sur les temps de réaction et de reproduction, ne nous permet de trouver un seul motif pour accorder à ces facteurs une valeur quelconque, si minime soit-elle. » (Page 52.)

II. — Technique et méthode

La technique de la méthode expérimentale des associations consiste en ceci : on donne au sujet un mot (mot inducteur) soit écrit (méthode optique), soit parlé (méthode acoustique) et on lui demande de réagir le plus rapidement possible en répondant par un autre mot, le premier qui se présente à lui. Le temps qui s'écoule entre le moment de l'excitation et celui de la réaction s'appelle « temps d'association ».

Méthode acoustique et méthode optique. — Les expérimentateurs cliniques se sont servi généralement de la méthode acoustique. Elle est, en effet, la plus simple et nécessite peu d'appareils, mais la méthode optique a sur elle de tels avantages que nous l'avons adoptée, et nous estimons que son usage devrait être généralisé, même pour les explorations cliniques.

Il est de notion courante en psychologie, que l'aperception du mot lu est de beaucoup plus nette et plus rapide que celle du mot entendu; cette remarque a surtout sa valeur pour les mots de plusieurs syllabes. En outre, les réactions par assonance sont plus facilement provoquées par la méthode acoustique; c'est ainsi que nous nous expliquons que d'autres expérimentateurs ont trouvé un taux d'assonances plus élevé que nous. Il est toutefois une remarque plus importante encore à faire, c'est l'influence que peut avoir pour le déclenchement de l'affectivité du sujet, l'*intonation* donnée au mot inducteur, surtout lorsque l'expérimentateur sait que le mot se rattache à un complexus. La méthode optique a donc un caractère d'objectivité que n'a pas la méthode acoustique, et par là-même sa supériorité est évidente.

Les instruments, employés respectivement pour faire apparaître l'excitation otique et pour recueillir la réaction du sujet, sont le *change-cartes d'Alber-Ach* (Kaartenwechseler) et l'*entonnoir à déclenchement* de Römer (Schalltrichter).

Le premier appareil est bien connu, sa description se trouve dans tous les traités de psychologie.

Au sujet du second instrument, le déclencheur de Römer, nous avons quelques observations à faire : nous avons souvent constaté, et on en trouvera les traces dans nos protocoles, que fréquemment le déclenchement ne se produit pas lors de l'émission de la première lettre du mot, ce qui contribue à fausser l'exactitude des temps de réaction. L'un de nous (Menzerath), après avoir fait des expériences spéciales à ce sujet, a imaginé pour obvier à cet inconvénient grave, de remplacer l'appareil de Römer par une clef-levier, actionnée par le menton, qui interrompt le courant dès que le sujet commence à parler.

---

(1) F.-G. SCHNITZLER, *Onderzoekingen over de diagnostiek van Voorstellingscomplexen met behulp van het Associatieexperiment.* Inaug. Dissert, Utrecht, 1907.

Notons aussi que nous nous sommes bien trouvés de supprimer la sonnerie de l'appareil de Römer qui gêne visiblement certains malades émotifs.

Mesure du temps d'association. — Il ressort de ce que nous avons exposé dans le chapitre précédent que la mesure exacte du temps d'association est, pour l'interprétation des réactions, d'une très grande importance. On s'est servi pour cette mesure :

a) De la *montre ordinaire*, qui suffit dans certains cas cliniques, notamment s'il s'agit de temps de réaction très longs. Mais il sera nécessaire en principe de se servir au moins :

b) D'une *montre chronographe à arrêt* (montre de sport) marquant le cinquième de seconde. Ce dernier instrument ne suffira guère cependant, pour une étude rigoureuse, car il ne permet pas d'appliquer cette exigence fondamentale de toute expérience psychologique : l'*l'inscription mécanique du temps de réaction.*

Parmi les appareils qui permettent de réaliser ce desideratum, nous citerons par ordre de précision :

c) Le *chronographe de Jaquet* qui s'emploie avec le kymographe et qui permet l'inscription du temps au cinquième de seconde.

d) Le *diapason*, dont les vibrations s'inscrivent aussi sur la bande noircie d'un kymographe. Le moment de l'excitation et celui de la réaction s'indiquent au moyen d'un signal de Marsel Déprez.

Mais on préfère en général, lorsqu'on veut obtenir une mesure facile et précise, les chronoscopes. Nous citerons :

e) Le *chronoscope à vernier de Sanford* qui mesure les réactions au cinquième de seconde.

f) Le *chronoscope d'Ewald*, qui marque le centième de seconde, en comptant automatiquement les vibrations d'un diapason.

g) Le *chronoscope de d'Arsonval*, qui donne la même mesure; cet instrument a l'inconvénient, pour les réactions d'association, de ne pas marquer de temps supérieurs à une seconde; il a encore celui de ne fonctionner qu'à l'interruption, de sorte que c'est pendant les longues périodes de repos, entre les réactions, que le courant est utilisé.

h) L'instrument le plus précis, et c'est celui dont nous nous sommes généralement servi dans nos expériences, est le *chronoscope de Hipp*, qui marque le millième de seconde (lequel s'indique par l'indice σ). Il est certain que dans la plupart des réactions d'associations, surtout chez les malades, la précision du Hipp n'est nullement nécessaire. Toutefois, comme le chronoscope de Hipp nous sert habituellement au laboratoire pour la mesure des temps de réaction, nous avons continué à l'employer dans nos expériences d'associations. D'ailleurs le Hipp peut avoir sa nécessité quand on veut comparer les temps d'association des malades avec ceux des normaux qui sont généralement beaucoup plus courts. Nous avons réglé l'instrument de façon à ne faire passer le courant que pendant la *prise* des temps d'association.

Le bruit produit par le fonctionnement de l'appareil de Hipp troublant certains malades, il y a nécessité de placer cet appareil dans une chambre voisine de celle où se font les expériences.

Choix des mots inducteurs. — Dans le choix des mots inducteurs, nous devons, dans les expériences avec des aliénés, avoir une série de mots uniques qui nous permettra de comparer entre eux les résultats. (Ad. Gregor : Leitfaden der experimentellen Psychopathologie, 1910.) C'est le principe qu'a posé Robert Sommer sous le nom, déjà cité page 11, de « Prinzip des gleichen Reizes ».

Un autre principe est d'avoir, dans sa série, des mots correspondant aux différents groupes de représentations. Sommer (1) a établi trois groupes de mots-tests, dont le premier contient des adjectifs exprimant les diverses sensations :

1. *Lumière et couleur :* clair, foncé, blanc...
2. *Etendue et forme :* large, haut, profond...
3. *Mouvement :* tranquille, lent, rapide...

etc.

Le deuxième groupe comprend des noms d'objets :

1. *Corps humain :* tête, main...
2. *Milieu :* table, chaise...
3. *Société :* paysan, bourgeois...

Le troisième groupe comporte des substantifs abstraits et des exclamations, ou encore des mots exprimant des états volitifs, intellectuels et sociaux.

1. *Peine :* maladie, malheur, crime...
2. *Joie :* bonheur, bienfait...
3. *Passion :* colère, amour...
4. *Société :* loi, ordre, mœurs...

etc.

Gregor (2) fait remarquer que l'ordonnance des mots dans les séries de Sommer en comporte toujours une suite de la même catégorie, et que, par conséquent, on peut craindre de provoquer chez le sujet une « constellation » en rapport avec l idée directrice, indiquée par la série des mots.

Mais Sommer a observé que les malades qu'il a étudiés n'ont nullement été constellés par la suite des mots. En général, le lien commun des groupes d'inducteurs passait pour eux inaperçu. Cette constatation est évidemment très importante, mais il est à prévoir que chez les normaux cet arrangement déterminera les réactions dans un sens spécial.

Dans une série bien ordonnée, le mélange des mots s'impose donc.

Pour nos expériences, nous avons composé une série de 225 mots, substantifs, adjectifs, verbes, adverbes et chiffres, choisis dans le vocabulaire courant et qui ont été mélangés de façon que deux mots d'une même catégorie grammaticale ne se suivent pas. Le nombre des syllabes a été négligé, mais les mots ont été choisis, autant que possible, pas trop longs.

Parmi nos mots inducteurs nous distinguerons deux grandes catégories : les *mots n'éveillant pas, d'habitude, l'émotivité :* (table, chaise, arbre) et les *mots à allure affective* (amour, honneur, bonheur, mort) ; nous avons effectivement observé que ce sont ces derniers mots qui touchent le plus souvent un complexus.

Un point négligé en général par les expérimentateurs et important à signaler, c'est le *verbalisme courant* auquel se prêtent facilement certains mots inducteurs (p. ex. : père et mère, fils et fille, noir et blanc, boire et manger, ça et là). Cette facilité de la réaction courante, toujours prête à s'extérioriser, peut dissimuler l'existence d'un complexus, parce qu'elle permet au sujet d'utiliser d'une façon réflexe et sans aperception, le verbalisme de la vie journalière (3).

(1) *Lehrbuch*, loc. cit.

(1) *Loc. cit.*, p. 56.

(3) MENZERATH. *Die Bedeutung der sprachlichen Gelaufigkeit oder der formalen spraclichen Beziehung für die Reproduktion.* (*Zeitschr. für Psychologie.* Bd. 48, 1908.)

Instruction au sujet. — En commençant nos expériences, nous avons toujours donné au sujet les instructions suivantes : « Voici ce que nous allons vous demander ; vous allez voir apparaître dans cette fente un mot ; il sera écrit à la machine, à l'encre bleue ; dès que vous l'aurez lu, vous allez dire immédiatement, le plus vite possible, le premier mot qui vous viendra à l'esprit ; par exemple si vous voyez « plafond », qu'est-ce que vous direz ? » Nous citons encore ainsi quelques mots simples qui ne se trouvent pas dans notre série. Après cette initiation verbale, nous faisons quelques exercices préliminaires au moyen du « change-cartes » ; nous n'avons jamais commencé nos expériences proprement dites, avec la série définitive, avant que le sujet ne soit complètement adapté.

L'instruction a été répétée aussi souvent que c'était nécessaire, en insistant surtout sur la nécessité de répondre aussi vite que possible par le premier mot qui se présente, et sans réflexion. La plupart de nos sujets ont rapidement compris nos instructions et se sont parfaitement adaptés à l'épreuve. Quelquefois, l'instruction a dû être répétée au cours des expériences, ce qui est indiqué dans les protocoles par le mot « Instruction ».

Rédaction du protocole des expériences. — Toutes les expériences ont été faites par les deux auteurs, qui se partageaient la besogne, l'un s'occupant du sujet et du change-cartes et faisant l'interrogatoire après chaque réaction, l'autre surveillant le chronoscope, inscrivant les temps de réaction, consignant les résultats de l'introspection, ainsi que les réactions mimiques du sujet.

Introspection. — Les premiers auteurs qui s'occupèrent de l'étude expérimentale des associations ont cru pouvoir s'en tenir au côté purement objectif ; ils comparaient tout simplement les réactions aux mots inducteurs et en recherchaient les liens logiques (lois et formes d'associations). Ces interprétations *logiques* devaient nécessairement aboutir à un échec, puisqu'elles négligeaient le côté le plus fondamental du phénomène, c'est-à-dire le côté subjectif, *psychologique*. C'est à Alfred Binet que revient l'honneur d'avoir réabilité le facteur subjectif en psychologie expérimentale, en y introduisant l'*introspection*.

Cette méthode de l'interrogatoire systématique du sujet analogue à la « Ausfragemethode » de Bühler (*Fuhrmannsche Probe*, de Raecke), a connu son plein épanouissement dans les beaux travaux de Würzburg (*Külpe*, *Watt*, *Ach*, *Messer*, *Marbe*, *Schultze*, *Bühler)*.

Nous avons personnellement constaté, et nos protocoles donnent de nombreux exemples à ce sujet, que bon nombre d'associations resteraient tout à fait inexplicables, si nous n'avions, pour éclairer leur genèse, l'introspection du sujet (voir comme exemple le sujet n° I, réaction n° 16).

Méthode de reproduction. — C'est Kræpelin, en 1895, qui a le premier signalé l'intérêt qu'il y a à reprendre, après un certain temps, une série d'expériences d'associations avec les mêmes mots inducteurs. Il a constaté que dans certains cas les mêmes réactions se reproduisent, que dans d'autres cas elles diffèrent. Kraepelin y voit la possibilité d'une mesure de la *fixité des associations*. Le même auteur ajoute aussi : « Il ne serait pas sans intérêt, ainsi que l'expérience me l'a démontré, de rechercher quelle classe déterminée d'associations se fixe dans certains cas plus ou moins facilement (1). » C'est

---

(1) E. KRAEPELIN. *Der psychologische Versuch in der Psychiatrie*. (Psychologische Arbeiten, I. Band, 1. Heft, Leipzig, Engelmann, 1895, p. 13.)

Jung qui, le premier, a mis en rapport les erreurs de reproduction, constatées par cette méthode, avec l'existence des complexus. Jung reprend, après une série de réactions, les mêmes mots inducteurs et compare les résultats des deux expériences. Il a démontré à toute évidence que ce sont les mots critiques, c'est-à-dire ceux qui touchent un complexus, qui fournissent les erreurs de reproduction. Nous avons personnellement observé que parfois la réaction à un mot inducteur critique est même *immédiatement* oubliée et que sa reproduction devient impossible dès les premières minutes après l'expérience. (Voir sujet n° XIII.)

Il serait possible encore d'organiser la méthode de reproduction dans deux autres directions :

1. On présente au sujet ses réactions et on lui demande de reproduire le mot inducteur correspondant;

2. A la fin d'une séance, on prie le sujet de répéter toute la série des mots-inducteurs. Il est à prévoir que cette méthode, qui n'est réellement possible que lorsqu'on se sert de séries courtes (ne dépassant pas vingt mots) pourra donner des résultats intéressants.

Nous avons toujours cru bon, pour éviter toute influence de fatigue, de faire des séances courtes, comportant au maximum vingt mots. Si, d'ailleurs, on fait avec soin l'introspection du sujet après chaque réaction, une série de vingt mots par séance suffit amplement. Pour les sujets qui se fatiguent ou qui s'excitent facilement nous avons employé des séries, comportant seulement 10 et même 5 mots.

Les longues séances que nous signalent certains auteurs (e. a. Emma Fürst et Jung) et qui comportent jusqu'à 200 mots, nous semblent défectueuses.

Dans les protocoles de nos expériences, qu'on trouvera ci-après, nous nous sommes servi, pour classer les réactions, de dénominations psychologiques spéciales. Nous appelons association *verbale* celle qui se fait sans intermédiaire intellectuel, sans notion, par exemple, d'une signification du mot inducteur. Au contraire la réaction que nous appelons *automatique*, bien que se faisant encore d'une façon très courante, comporte cependant la *notion* (*Bewusstheit*, de Ach) de la signification du mot inducteur. Cette réaction automatique est plus rudimentaire encore que celle qui est accompagnée d'une représentation sensorielle ou mentale, celle-ci constituant la troisième forme d'association.

Les chiffres qui suivent les réactions indiquent en σ le temps d'association. Les passages entre « guillemets » sont l'expression des indications introspectives du sujet lui-même.

DEUXIÈME PARTIE

Expérimentation clinique

(Cette partie comprenant 150 pages, nous donnons une observation type pour chacune des maladies envisagées.)

1. — Démence précoce

Sujet I. — A. J., 26 ans, coupeur de verre, célibataire. Elevé à la campagne. Famille saine, sans tares apparentes. Démence précoce au début. Indifférence émotionnelle. Inaptitude au travail. Reste couché toute la journée. Stupeur légère; répond aux questions qu'on lui adresse mais toujours le plus brièvement possible. Le diagnostic de neurasthénie a été posé par son médecin.

A part l'indifférence et quelques bizarreries, le malade ne présente d'ailleurs aucun symptôme délirant.

9 OCTOBRE 1910. — 18 heures.

1. Feuille — arbre. . . . **2032**
Automatique.
2. Froid — coquemoire. . **677**
Pas d'explication possible.
3. Frère — frère. **1869**
Répétition du mot inducteur.
4. Cracher — cracher. . . **1234**
Comme 3.
5. Garçon — garçon . . . **1676**
Comme ci-dessus.
6. Blanc — blanchir . . . **1826**
« *Au mot blanc, j'ai mis une finale.* » *Ici commence à se montrer le type habituel de réaction du malade.*
7. Tête — tête **1150**
(Répétition.)
8. 60 — 90 . . . . **2128**
« *C'est à peu près la même chose.* »
9. Cousin — **cousine**. . . **1293**
Réaction verbale.
10. Rouge — **rougine** . . . **2921**
Persévération de la réaction précédente; néologisme.
11. Chagrin — **chagrine** . . **1511**
Persévération typique.
12. Là — eèe... le. **2488**
« *C'est pour dire un autre mot* » (1).
13. Chasser — **chassé** . . . **1441**
« *Avec un accent, c'est un autre mot.* »
14. Cadavre — **cadavré** . . **1774**
« *C'est pour dire un autre mot; j'ai mis un accent sur é.* » *Aucune affectivité. Persévération manifeste.*
15. Haut — hauteur. . . . **1328**
« *J'ai complété.* »
16. Curé — curée. **1372**
« *Curée n'est pas un mot français; ça ne veut rien dire* »*; le malade ajoute e* « *pour faire un autre mot* ». *Importance de l'introspection qui prouve qu'il ne connaît pas le mot français curée.*
17. 1 — 4 . . . . —
« *J'ai voulu dire un nombre de 1 à 9, dans les unités.* »
18. Voir — voire **1597**
« *Je ne suis pas sûr que ce mot existe. C'est pour compléter.* »
19. Chambre — chambrette . **2205**
« *C'est un autre mot.* »
20. Intelligent — intelligente. **1640**
« *C'est le féminin.* »

—

12 OCTOBRE 1910. — 16 heures.

21. Droit — droite . . . . —
Automatisme.
22. Crier — cri . . . . . —
23. Douleur — douloureux . —
24. Lent — lentement. . . —
25. Dégoût — dégoûtant . . **1220**
26. Désir — désirer. . . . —
Prononce : désir — er pour bien marquer que c'est « *un autre mot* ».
27. Léger — légèreté . . . **954**
28. Bourgeon — bour — bourgeon **2090**
« *Je dois dire autre chose que ce qui est écrit et j'ai dit bour — bourgeon.* »
Le malade cherchera encore ainsi à expliquer favorablement pour lui une tendance à répéter simplement le mot inducteur.
29. 1000 — eee... million . **(1386)**
Prétend avoir dit **un** *million alors qu'il a nettement cherché en disant eee... (Le chronoscope s'arrête à cette exclamation, non à million.)*
30. Battre — « battrie » . . **1262**
« *Je remplace* **e** *par* **i**. » « *Les deux dernières lettres c'est i — e.* »
31. Brûlant — brûlante . . **786**
32. Laid — eee... laide . . **(1824)**
33. Beau — frère — beauté. . **4140**

(1) Cette explication apparaîtra à travers toute la série des réactions.

« Avec le mot beau j'ai fait beauté. » —

34. Toujours — touché. . . **1929**
Assonance.

35. Conscience — conscience. **1566**
Répète le mot en appuyant fortement sur le **e** *final et prétend que prononcé ainsi c'est « un autre mot ».*

36. Large — largement. . . —

37. Mort — mortel **3143**

38. 3 — 3 . . . . **2250**
« J'ai vu le chiffre trois, mais j'ai répondu le **troit** *d'une maison! »*
(Voir note à 28.)

39. Chatouiller — chatouillé. **1251**
« Je supprime l' r. »

40. But — butter. **1330**
« Butter son pied contre une pierre. »

41. Indigne — indigne. . . **1965**
Répétition : ne se rappelait plus qu'il devait dire un autre mot.

42. Femme — **femelle**. . . **1445**
« En ajoutant lle. »

43. Lire — lire **1165**
« J'ai oublié de dire un autre mot. »

44. Faim — **femelle**. . . . **2298**
Persévération (voir 42).
« J'ai dû dire un autre mot. »

45. Lourd — lourde **1100**
« J'ai ajouté un e. »

46. Fils — fille **850**
« C'est un autre mot. »

47. Jeter — jouer. **1504**
« J'ai trouvé ce mot d'après le j. n'est-ce pas? »

48. Crime — crime **1985**
« J'ai lu le mot; j'ai oublié que je devais dire un autre mot. »

49. Pâle — pâlire. **1028**
« C'est un mot; quelque chose qui s'éteint. »

50. Cerveau — cerve. . . . **1346**
« C'est un mot; le nom d'un animal qui a des cornes, la femme du cerf. »
(Néologisme par analogie avec serve.)

51. 20 — 21. . . . . **1167**
« J'ai ajouté un 1. »

52. Boire — boire. **7400**
« J'ai lu le mot. »

53. Argent — agence . . . **577**
« J'ai lu « agen » et avec ça j'ai fait agence. »

54. Petit — petite. **1124**

55. Aigle — aiglette. . . . **3079**
« J'ai pensé à règle et réglette. »

56. Partout — eee toute. . **(1721)**
« Avec le mot partout j'ai fait un autre mot. »

57. Araignée — araigne. . . **2994**
*« Je supprime l'***é** *et je lis l***e**. *»*
(Araigne est un mot patois pour araignée.)

58. Pourri — pourriture . . **1316**
Verbal : le sens du mot n'entre pas en jeu.

59. Action — ancienneté . . **1449**
« J'ai dit un autre mot.» (A probablement lu : ancien.)

60. 5 — 6. . . . . **867**
« J'ai continué à compter. »

—

19 OCTOBRE 1910.

61. Tourner — tournoyer . . —
J'ai ajouté quelque chose au mot. »

62. Fleur — fleuriste . . . **936**
« C'est venu d'après le mot fleur. »

63. Toi — toite **1238**
« C'est un autre mot; ça ne veut rien dire. »

64. Fleuve — eee... fleure. . **2818**
Le malade essaie d'expliquer sa réponse; il a voulu dire fleur.
(Voir 28 et 38.)

65. Fermer — fermé. . . . **1397**
« Je supprime r, et je mets un accent. »

66. Bonheur — bonheur . . —
« C'est le même mot; je l'ai lu exactement comme il est inscrit. »

67. Lui — lui **1254**
« J'ai encore lu le mot. Mimique exprimant l'ennui de ne pas avoir trouvé mieux; entre les réactions 66 et 67 un des expérimentateurs l'a sermonné quelque peu et a répété les instructions concernant l'expérience en l'engageant à faire un effort pour trouver d'autres mots meilleurs.

(A suivre.)

VIe CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Bruges, 30 septembre au 1 octobre.)

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales

DEUXIÈME PARTIE (Suite)

68. Peur — peur peureux . . **1444**
« *J'ai encore lu le mot, puis j'en ai dit un autre.* » *Réaction verbale sans notion de signification du mot.*

69. Ami — amitié. **1599**

70. Profond — profondeur. . **1280**
Toujours verbal.

71. Amour — amoureux. . . **1535**
D. : *Tu es amoureux*
R. : *Avec flegme :* « *Ah non, j'ai dit un autre mot qu'amour, n'est-ce pas?* »

72. 72 — numéro 4 . . . . **1517**
« *C'est un autre numéro, j'ai doublé.* »

73. Tenir — eee teneur. . . **1314**
« *J'ai cherché un mot et j'ai trouvé teneur.* »

74. Gloire — glorieux . . . **1542**
« *D'après le mot gloire j'ai vu le mot glorieux.* »

75. Nous — nous autres . . **1197**
« *Trouvé d'après le mot nous.* »

—

23 OCTOBRE 1910. — 11 h. 40.

76. Glace — glacé **1123**
Verbal

77. Jamais — jamai (*sic*). . **2573**
Prononce jamé : « *J'ai lu le mot comme il est, j'ai supprimé l's, c'est jamais aussi.* »
Instruction : « *C'est trop facile facile cela il faut tâcher de trouver un autre mot.* »
Docilement le malade répond : « *Oui, allez, continuez.* »

78. Courir — courire. . . . **1054**
« *C'est un mot français; ça veut dire courir.* »

79. Homme — honneur. . . —
« *Je dois dire un autre mot, n'est-ce pas?* »
(*Physionomie du mot identique.*)

80. Moi — moi-même . . . —
« *C'est un autre mot.* »

81. Haine — haineuse . . . —

82. 4 — 5. . . . . **1035**
« *C'est un autre mot.* »

83. Nommer — eee... louer . **2749**
« *Pour dire un autre mot.* »

84. Instinct — instinctive . . **1299**
« *Un autre mot.* »

85. Vous — Vous êtes . . . **1667**
Idem.

86. Volonté — volontée. . . **2100**
« *C'est un autre mot.* »

87. Prendre — prendre. . . **943**
« *C'est pour dire un autre mot; ah! j'ai lu le mot exactement!* »
Nota : *l'expression* « *c'est pour dire un autre mot* » *est passée à l'état de stéréotypie.*

88. Paix — paisible **1013**
Même remarque du sujet

89. Epais — épaisseur . . . **1185**
Idem.

90. Paysan — paysanne. . . **1840**
A la question : est-ce que tu as vu un paysan? le sujet proteste vivement et dit : « *Mais non, c'est un autre mot.* »
On lui demande incidemment : « *C'est amusant ces expériences, Arthur?* » R. : « *Non, c'est embêtant.* »

91. Donner — donnere. . . **4587**
Quand on lui fait remarquer que cela ne signifie rien il proteste et prétend avoir dit **tonnerre.**
(Voir 28.)

92. Canapé — Louis . . . **2532**
« *C'est un autre mot.* »

93. Grand — grandeur. . . **1061**
Idem.
94. Chaise — eee... Louis. . **2895**
Refuse de donner une autre explication que « c'est un autre mot, c'est un nom », proteste quand on lui demande s'il s'est représenté une chaise ou un M. Louis.
95. 6 — 8 . . . . **1099**
« *C'est le n° 8.* »
96. Sentir — senteur . . . **1759**
« *C'est un mot : quelque chose qui sent.* »
97. Mère — amère **1426**
« *C'est un autre mot.* »
98. Bossu — longueur. . . **2084**
« *J'ai rû dire un autre mot, je n'ai pas pensé.* »
D. : *Pourquoi n'as-tu pas dit* **table ?** R. : « *Je ne peux pas dire deux mots à la fois, n'est-ce pas?* »
99. Estomac — estomaquer. . **737**
Ce mot est courant en Wallonie.
Incident : *Ici se place une vive impulsion, le malade repousse sa chaise brusquement, se lève, la jette par terre et se fâche en criant : avez-vous bientôt fini maintenant? vous me couïonnez! J'ai été amené ici par X* (son frère) *pour me soigner. Que me voulez-vous, enfin?*
Le malade est reconduit dans sa chambre. C'est le premier mouvement impulsif qu'il manifeste. La séance a été un peu longue.

—

16 NOVEMBRE. — 17 h. 30

100. Où — lui **588**
101. Etat — léopard **1185**
« *J'ai dit un autre mot.* »
102. Beau — beauté **950**
103. Escalier — escalier. . . **1159**
D. : *Est-ce un autre mot?*
R. : *Non! Louis!*
104. 40 — 40, 49. . . . . . **1784**
Répétition.
105. Flairer — flairer, flair. . **1076**
Répétition.
106. Fille — fille, fillette . . **1040**
Idem.
107. Compact — compact, compacter **990**
Répétition, néologisme.
108. Sucre — sucré. **885**
Verbal.
109. Manger — mangée. . . **2064**
Idem.
110. Bienfait — bienfaiteur . . **1134**
Idem.
111. Clair — claire. **1216**
112. Belle-sœur — belle. . . **1505**
113. Criailler — clairvoyant . **1552**
114. Colère — coller. . . . **2139**
Assonance et physionomie du mot.
115. Mince — mille . . . . —
Assonance.

Réflexions. — Le malade comprend facilement ce qu'on veut de lui et s'adapte bien à l'expérience.

1) Les réactions sont très superficielles; elles sont à peu près toutes purement « externes » et les assonances y dominent fortement (voir surtout n°s 9, 10, 11, 13, 14, 33, 34, 44, 47, 90. — L'explication donnée par le malade au n° 47 est très typique. — Malgré ce caractère des associations il est à remarquer que les temps de réaction sont longs.

2) La stéréotypie et la persévération sont manifestes à travers toute la série des réactions ; c'est un signe diagnostique très important et très connu dans la démence précoce; à cause de l'apathie et de l'indifférence du sujet, cette tendance n'avait pas apparu dans l'observation clinique ordinaire; c'est l'expérimentation seule qui a permis de s'en rendre compte.

3) Les néologismes sont très nombreux; ils sont basés en général sur des analogies acoustiques (cousin-cousine; rouge-rougine; chagrin-chagrine) voir aussi entre autres : 49, 50, 55, 56, 63, 78, 86, 107.

Le mécanisme de la formation de ces néologismes par analogie est donné spontanément par le malade lui-même à la réaction 55. — Il est à noter que le linguiste Hermann Paul (1) explique que la formation des analogies se fait de la même façon.

Il la compare à la solution d'une proportion mathématique qui dans le cas ci-dessus se présenterait comme suit :

$$\frac{\text{règle}}{\text{règlette}} = \frac{\text{aigle}}{x}$$
$$x = \text{aiglette}$$

4) L'affectivité est des plus réduites; aucune réaction n'est interprêtée subjectivement; le malade a en somme une attitude réfractaire vis-à-vis de l'expérience et les réponses qu'il donne méritent à peine le nom d'associations; elles sont l'expression d'une sorte de négativisme et de défense contre l'exploration de sa mentalité (voir Jung : *Psychologie der Dementia præcox*, p. 103 et suiv.).

II. — **Folie maniaque-dépressive**

1° Crises maniaques

Sujet XII. — M. X., 21 ans, célibataire. — Pas d'hérédité psychopathique A fait pendant les quatre derniers mois une période de dépression avec idées mélancoliques : une émotion amoureuse pendant la période menstruelle a amené une aménorrhée brusque qui a perduré pendant toute la durée de la crise mélancolique. Les règles ont réapparu le 18 septembre, et immédiatement après la malade est entrée en période maniaque : excitation, mobilité extrême d'humeur, impossibilité d'obtenir la moindre obéissance, gaieté exagérée, projets de mariage, de fêtes, de toilette, loquacité, excitation motrice; pas d'incohérence. L'état somatique est normal. La sensibilité et les réflexes cutanés sont exagérés. Pas de stigmates hystériques.

La crise maniaque évolue pendant quatre mois; les réactions suivantes sont prises à diverses périodes de cette évolution, comme on s'en rendra compte par les dates des expériences. Les caractères pathologiques des réactions se retrouvent dans toute la série; la guérison fut assez brusque et la malade quitta l'établissement immédiatement après.

29 NOVEMBRE 1910. — 10 heures.

1. Feuille — fleur **1015**
Automatique.
« *Après les feuilles arrivent les fleurs.* »
2. Froid — froid, chaud . . **782**
Automatique.
3. Frère — sœur. . . . . —
« *J'ai vu mon frère à cheval qui passait avec un habit rouge.* »
4. Cracher — (rit) . . . . —
« *Oh je ne saurais rien dire à cela. Quoi? Sale? C'est trop sale à dire cela.* »
5. Garçon — garçon, fille . **826**
Automatique.
6. Blanc — noir . . . . . —
7. Tête — cheveu **1274**
« *J'ai sur ma tête; il y a des cheveux, grâce à Dieu.* »
8. 60 — 100. . . . . . . —
Automatique.
9. Cousin — cousine . . . **712**
« *C'est venu tout seul sans penser.* »
10. Rouge — blanc **765**
Verbal.

(1) *Die Grundprinzipien der Sprachwissenschaft.* Halle.

11. Chagrin — triste. . . . **857**
Automatique.
12. Là — bas **737**
Verbal.
13. Chasser — oh, le chevreuil —
« *J'ai vu Maurice avec son chien de chasse, nous étions en campagne sur la plaine.* »
14. Cadavre — mort. . . . **1033**
Mimique désagréable.
Automatique.
15. Haut — bas **714**
Automatique.

—

30 NOVEMBRE 1910. — 10 h.

16. Curé — prêtre **780**
Automatique.
17. 1 — 2. . . . . **677**
Automatique.
18. Voir — blanc. **831**
A lu **noir.**
19. Chambre — nuit. . . . **956**
« *Je passe la nuit dans ma chambre.* »
Automatique.
20. Intelligent — savant . . **1142**
Automatique.
21. Droit — blanc. **630**
Ne sait pas expliquer.
(Persévération.)
22. Crier — fort **877**
Automatique.
23. Douleur — f... aiguë . . **1373**
« *J'allais dire forte mais j'ai préféré dire aiguë.* »
(Inhibition volontaire.)
24. Lent — . . . . , —
RIT. : « *Je ne trouve rien. Que peut-on dire à cela?* »
25. Dégoût — amer . . . . —
Impression d'un goût aigre dans la bouche; mot désagréable.
(Mimique.)
26. Désir — ardent **1577**
A cherché, ajoute :
« *Désir de rentrer chez moi, d'aller à cheval, de revoir mes parents.* »
27. Léger — très. **873**
Automatique.
28. Bourgeon — prunier . . **2346**
« *J'ai vu le bourgeon, le prunier, les feuilles, les fleurs et la prune, une bonne reine-claude qui me tombait dans la bouche.* »
29. 1000 — 1000 . . . . . **1031**
« *Je croyais voir 100.* »

—

3 DECEMBRE 1910. — 15 3/4 h.

30. Battre — fort. **906**
Notion de la signification et qualificatif.
31. Brûlant — très **1197**
«—*J'ai pensé à une brûlure à ma jambe (repr. vis.), c'est très brûlant.* »
32. Laid — beau **824**
« *J'aurais dû dire intelligent, M. Ley.* »
(Assonance.)
34. Beau-frère — sœur. . . **1152**
« *J'au bien vu ma sœur et mon gros beau-frère, et toute la famille suivait.* »—
34. Toujours — toujours . . **900**
« *Je ne saurais rien dire.* »
35. Conscience — pure. . . **1188**
« *J'ai la conscience pure.* »
36. Large — réaction mimique, lève les bras; «**étroit**» ; « qu'est-ce que je saurais dire? ». . . **1183**
(Le sujet parle de cigarettes, de Chablis.)
37. Mort — cadavre **902**
« *J'ai vu un cadavre, c'est triste. Un beau petit chien.* »
38. 3 — 6. . . . . **549**
« *Rien, c'est le double.* »
39. Chatouiller — oh, mal. . **930**
« *Je n'aime pas d'être touchée.* »
(Mimique très forte.)
40. But — promenade . . . **1080**
(Parce qu'on dit un but de promenade. » *(Verbal.)*
41. Indigne — pécheur. . . **1903**
« *J'avais lu indigène, après indigne. Ça ne venait pas tout de suite.* »
42. Femme — homme . . . **990**
Verbal.
43. Lire — écrire **950**
Idem.
44. Faim — de loup. . . . **2185**

« *Ça ne venait pas tout de suite : faim, faim, faim : faim d'âme; faim de cœur, faim d'amour.* » *(Complexus érotique.) Allongement du temps de réaction.*

45. Lourd — pesant. . . . **1145**
« *J'ai vu un gros hippopotame.* »

—

7 DECEMBRE 1910. — 10 h. 1/4.

46. Fil — . . . . —
« *Fils, qu'est-ce que je veux dire à cela, fille.* »
Série : Père, mère, enfant, vieillard, jeune, vieux rouge. »
47. Jeter — fort **1050**
« *Je n'ai rien pensé.* »
48. Crime — affreux . . . **2718**
« *Qu'est-ce que je veux dire a cela.* (RIT.) *Un crime n'est jamais beau, c'est affreux.* »
49. Pâle — blanc. **869**
Verbal.
50. Cerveau — grand . . . **1098**
« *Toute sorte : Grand, intelligent, dur = vieux, etc.* » *Verbal?*
51. 20 — 20......... enfants. . **1614**
« *Vu une suite d'enfants.* »
(Constellation par le complexus érotique : amour, mariage, enfant.)
52. Boire — du vin. . . . **1213**
« *Oh c'est bon.* » *Mimique.*
53. Argent — pur. **1067**
« *Je n'ai rien vu.* »
54. Petit — enfant, kindje. . **1240**
« *J'ai vu ma petite nièce, deux ans et demi.* »
55. Aigle — fin. **787**
« *C'est si bon à manger ce poisson-là.* » *Verbal (églefin).*

—

18 DECEMBRE 1910. — 11 h. 1/4.

56. Partout — mon Dieu, je m'ennuie partout . . . **2291**
57. Araignée — araignée dans le plafond **691**
(Temps exceptionnellement court.)
58. Pourri — pourri... enfant pourri. **1154**
= enfant gâté
59. Action — tuer. **3501**
« *Je me suis efforcée de trouver une action. Si quelqu'un me tuait ,je dirais : Merci!* »
60. 5 — petits enfants, petits neveux. **1179**
« *Oh, ce sont mes 5 petits neveux; ils sont gentils.* » (Voir n° 51.)
61. Tourner — la tête . . . **1188**
Verbal.
62. Fleur — fleur de lys . . **1938**
« *J'aime ces fleurs.* »
63. Toi — toi, toi, toi, M. Ley **899**
La malade fait des gestes très nerveux, frappe dans ses mains.
64. Fleuve — la Trouille . . —
« *Qui passe devant le château de G... où j'irai quand je me marie.* » (Voir 51.)
65. Fermer — fermer la porte **1498**
« *Ça c'est verbal.* »
66. Bonheur — bonheur perdu **497**
« *On dit cela; pas moi; car j'ai le bonheur, souvent même.* »
67. Lui — lui, lui, François . **2770**
«*Jean François... Qui est mon...*» (Voir 51.)
68. Peur — peur des voleurs. **760**
Complété simplement.
« *Cela ne veut rien dire.* »
69. Ami — ami François . . **780**
(Voir 51.)
Temps de réaction très court.
70. Profond — . . . . . . —
Pas de réaction, mais récite après quelque temps :
« *Le cœur de l'homme vierge*
est un vase profond,
Si la première eau qu'on y verse
est impure... »
Cette citation dissimule le complexus érotique.

—

21 DECEMBRE 1910. — 4 h. 1/4.

71. Amour — amour, amour, quoi, mon François. . **843**
(Voir 51.) *Temps de réaction très court.*
72. 2 — enfants **1066**
(Voir 51.)
73. Tenir — tenir ferme. . **867**
« *Comme ça* », *(fait un geste).*

74. Gloire — . . . . . . —
« *Gloire, je ne sais pas — passée, fanée, flétrie, gloire renaissante, remontante, gloire naturelle, céleste, conquête, victoire.* »
« *C'est une drôle de série, Monsieur, je préfère une série de Wallon, devant moi!* »

75. Nous — nous, nous, nous allons promener . . . **2600**
« *J'ai dit une suite.* »
« *Je suis si bien aujourd'hui; tout va très bien!* »

76. Glace — glace brisée. . **1465**
« *Je me suis vue patiner sur l'étang à la maison, je me suis vue tomber, la glace se brise.* »
« *Tomber sur son cadran.* »

77. Jamais — jamais mourir **1147**
(Ne connaît pas le cri célèbre des marchands de nougat.)

78. Courir — courir vi e. . **803**
Rit très fort : « *J'ai vu mon petit cheval blanc Betsy.* »

79. Homme — homme brave. **749**
« *J'ai pensé à vous, M. Ley.* »

80. Moi — moi, j'aime bien tout le monde. . . . **4052**
Rit. « *En vous regardant, M. Ley.* »

81. Haine — haine criminelle **3385**
Distraite par une mouche qui volait devant elle. Cherche : « *Cela n'est pas mal ce mot que j'ai dit là.* »

82. 4 — petits neveux. . . —
« *J'en ai 5, mais 4 dans une même descendance.* » *(Voir 51.)*

Instruction : *ne pas lire le mot!*

83. Nommer — nommer ?. . **798**
(Voir 51.)
« *Je le nomme quand je n'ai rien à faire.* »

84. Instinct — instinct naturel **709**
« *Je ne saurais pas expliquer cela.* »

85. Vous — vous M. Ley. . **2436**
« *Lapsus linguæ, cela me tourne dans la bouche.* »

—

7 JANVIER 1911. — 2 h. 1/2.

86. Volonté — oh, de fer. . **1096**
Verbal.

87. Prendre — oh, je ne sais pas **954**
« *Prendre ce que l'on donne.* »
« *Je suis de mauvaise humeur aujourd'hui. Ce n'est pas un sanatoire, c'est un abattoir.* »

88. Paix — la paix soit avec moi et avec votre esprit **1251**

89. Epais — épais, oh, comme de la pap **1378**

Instruction : *ne pas lire le mot.*

90. Paysan — le credo du paysan, de M. Nicolas. . **2129**
(Nom d'un malade qui chantait souvent ce chant.)

91. Donner — donner... une récompense à Madeleine. **1514**
« *C'est moi.* »

92. Canapé — canapé . . . **980**
« *On m'a dit que c'est un cochon en flamand, on m'a dit cela.* »

93. Grand — Louis le Grand **3988**
Série: Grand, grand'père, grand-mère, grand docteur, grand Allemand, grand apothicaire, grand souvenir, grand cadeau, grand prince, grand Fort Jaco. (Cette réaction verbale, en forme de citation historique, dissimule son complexus érotique. Allongement du temps.)

94. Chaise — chaise longue . **1520**
« *J'ai vu la chaise longue dans ma chambre.* »

95. 6 — ah, nous sommes 6 enfants à la maison . . —

—

15 JANVIER 1911. — 10 3/4 h.

96. Sentir — . . . . . . —
« *Je ne sais pas, chaud; je suis trop mal disposée aujourd'hui.* »
Série : bête crevée, bon parfum, roses fanées, qu'on n'est pas chez soi — vous savez ça mieux que moi
Les expériences « *je ne sais pas* » *et* « *je suis mal disposée* » *sont des réactions de défense contre*

l'exploration qui, à ce moment, touche le complexus.

97. Mère — père **742**
Verbal.

98. Bossu — oh, qu'est-ce qu'on dit donc: content comme un bossu qui a perdu sa bosse. . . . **1415**
« *Expression courante chez nous.* »

99. Estomac — ah, quelles choses, Monsieur! . . . **1847**
« *A quoi est-ce que cela ressemble : à rien.* »

100. Où — où, au fort Jaco! **(597)**
« *Où, qu'est-ce qu'on peut répondre d'intelligent à cela?* »

101. Etat — état maladie . **(1291)**
« *J'ai pensé à moi, ce que je ne fais pas souvent.* »

102. Beau — beau... comme M. M. . . . . **(406)**
Temps donné par la répétition.

103. Escalier — Escalier en fer. **1111**
Verbal.

104. 40 — 50 . . . . **1420**
Verbal.

105. Flairer — comme un chien de chasse **2719**
Fait la grimace. « Je me suis représenté le chien de mon frère, blanc-brun. »

—

18 JANVIER 1911. — 14 h. 50.

106. Fille — garçon. . . .. —
Verbal.

107. Compact — opaque. . . **1955**
A cru que c'est le contraire.
« *Compact c'est serré.* »
Série : je ne sais pas, entassé, serré, bondé...

108. Sucre — sel **1090**
Verbal; mais se représente ces sensations —gustatives —l'une après l'autre. « Je le sens encore. »

109. Manger — boire. . . . **1070**
Verbal. « C'est la même chose que tantôt. »
(N° 108.)

110. Bienfait — bien de Dieu. **834**
Inhibition volontaire pour la lecture de la seconde syllabe; complète ensuite le mot.

111. Clair — clair comme de l'eau, clair de la lune. . **2462**
Verbalisme.

112. Belle-sœur — beau-frère. **1253**
« *C'est le cri du cœur. je n'ai pensé à personne.* » *Verbal.*
(Voir 51.)

113. Criailler — mon Dieu, les poules! **4221**
Après elle dit : « piailler ».
« *Je me suis dit : si c'était « piailler », je dirais « les poules ».*

114. Colère — noire **1970**
« *On dit colère bleue; rouge de colère.* »

115. Mince — comme une aiguille, comme un cheveu **3922**
« *Je ne trouvais rien; j'ai été distraite au commencement et j'ai cherché.* »

116. Palais — du Roi . . . **1260**
« *Je l'ai vu, tiens; on y badigeonne déjà depuis longtemps.* »

117. 70 — 80. . . . . **1336**
Verbal.

118. Chanter — clair **1144**
«*On dit cela. Chantecler, tiens!*»

119. Pied — à terre **1201**
Mot complétif.

120. Salé — (rit, réaction mimique) **1771**
Elle s'est représenté un petit cochon salé, ce qui l'a fait rire.

—

2 JANVIER 1911. — 11 h. 50.

121. Paris — terrestre . . . **901**
« *C'est la continuation.* »
Verbal.

122. Demain — euh, ce — lundi **1512**
« *J'ai dû chercher, parce que j'ai voulu dire : samedi.* »

123. Rire — fort. **1123**
« *J'ai pensé à fou-rire; mais cela ne sortait pas.* »

124. Table — de jeu. . . . **2224**
Mot complétif.

125. Tiède — eau **1336**
Automatique.
126. Prudence — Florentin. . **1087**
Rit : « C'est une histoire de mon frère, qui crie à son cocher : Prudence, Florentin! Place dangereuse! »

—

9 JANVIER 1911. — 15 h. 10

126. 80 — 100 . . . . **925**
Verbo-automatique.
128. Pendre — la crémaillère. **990**
Expression complétive.
Série : Habit, vêtement, soi-même, suicide, pendre un monsieur (c'est triste!), pendre un ennemi...
Réaction verbale.
129. Plaisir — perdu. . . . **5149**
« *Oui, j'ai eu du paisir mondain, mais c'est perdu. Je pensais à moi.* »
« *C'est pitoyable comme je suis ici,* »
130. Tranquille — . . . . —
Ajoute longtemps après « comme une eau dormante. »
Complexus : maladie.
La malade est souvent agitée.
131. Poursuite — d'un lièvre. **1737**
« *J'ai pensé à une chasse et à la poursuite par un chien.* »
(Expression complétive.)
132. Pleurer — « pleurez, mes yeux » **1121**
Cette réaction, sous forme de citation, dissimule un complexus émotif.
(Chante une romance.)
(Voir la réaction n° 134.)
133. Mer — bleue **1369**
134. Gros — ... comme Monsieur... . . . . **3341**
Mettez : gros chagrin.
Série : gros souvenir (ce n'est pas chic, ça) gros animal, gros chien, gros cœur (j'ai un gros cœur).
135. Mœurs — légères . . . **1154**
« *Ce n'est pas gentil d'avoir des mœurs légères.* » *Complétif.*
136. Lumière — électrique . . —
Complétif.
137. Vilain — je n'oserais pas dire comme M. Ley. . **1524**
« *C'est une petite vengeance de tantôt.* »
(La malade a été grondée ce matin.)
138. Lit — de camp. . . . . —
Complétif.
139. 90 — 100. . . . . **1092**
Verbal.
140. Pincer — (rit : oui, je veux bien!)
Pince le bras d'un des expérimentateurs. (Inhibition diminuée.)

—

29 JANVIER 1911. — 11 h. 1/2.

141. Lampe — électrique . . **1348**
Complétif.
142. vieux — jeune. **6054**
« *Cela ne venait pas.* »
Série : Vieux père, vieux cheval, vieux chien, vieux poney, vieux chameau, vieux fort Jaco, vieux chapeau.
(Cette série dans laquelle les assonnances dominent, ne laisse rien percer des motifs de l'inhibition.)
143. Loi — loi divine. . . . **1173**
« *Ou loi naturelle.* »
Verbal.
144. Maintenant — et toujours **787**
« *Et toujours, des siècles et des siècles. Ainsi-soit-il.* »
Verbalisme.
145. Giffler — Sœur St... . . **1695**
« *Oh, c'est si amusant.* »
146. Lion — du désert . . . **1456**
Titre d'une romance. »
147. Vert — vert comme un chou . . . . —
Complétif.
148. Ville — Bruxelles . . . —
Automatique.
149. 50 — 100 . . . . . . **1230**
« *Je l'ai doublé.* »
150. Saigner — fort **1664**

—

1er FEVRIER 1911. — 15 1/4 h.

151. Poumon — cœur. . . . **1782**
« *J'ai eu déjà ce mot et j'ai pensé*

à M. L. qui m'avait dit : j'aurais répondu cœur. »
(C'était : estomac!)
N° 99.
152. Vite — très vite. . . . **897**
Verbal.
153. Enfant — petit **819**
« *Petit-enfant.* »
Verbal.
154. Vomir — (aie, j'ai déjà eu cela!) . . . . . . —
« *Sensation désagréable; j'aurais prononcé un juron.* » *(C'était cracher! n° 4.)*
Série : Vomir des injures... (non, ce n'est pas propre), des insultes, des ignominies, des calomnies, des horreurs.
Sens figuré, notion d'avoir souvent injurié son entourage dans ses crises maniaques.
Mimique très caractéristique.
« *C'est malpropre.* »
155. Montagne — le Mont Blanc **1354**
Automatique.
156. Bleu — rouge. **931**
Automatique.
157. Mouton — blanc. . . . **797**
Automatique. (Persévération.)
158. Penser — à moi. . . . —
(Temps très court.)
Verbal.
159. Soif — de vin. **1238**
« *J'ai tout de suite pensé à moi.* »
160. Jaune — bleu (très court) —
« *Tiens, il y a toujours des couleurs.* » *(Etonnée, peu contente.)*
161. Santé — bonne **1070**
« *A votre bonne santé! quand on lève le verre.* » *(Persévération!)*
162. 100 — ah, je ne voudrais pas vivre cent ans . . **1249**
En riant.
163. Sommeil — lourd . . . **1318**
Automatique.
164. Noir — blanc. **789**
Verbal.
165. Sœur — frère. **880**
Verbal.
« *C'est très gentil.* »

—

4 FEVRIER 1911. — 15 heures.

166. Ici — au Fort Jaco. . . —
Automatique.
167. Puer — (rit : oh, oh oh, c'est sale) **953**
Réaction mimique.
168. Souvenir — de ma famille **2194**
« *Ça ne venait pas.* »
Verbal.
169. Obscur — noir **1330**
Automatique.
« *Je n'aime pas les coins noirs.* »
170. Soie — satin **1019**
« *C'est parti comme ça, je n'ai rien pensé.* »
Verbal.
171. 30 — 100. . . . . **1133**
« *C'est tombé; pourquoi je ne sais pas.* » *Verbal.*
172. Retentir — mes paroles . **1751**
« *Retenir mes paroles.* »
Série : retenir son cheval, son grand mouvement, mon cœur, mes élans, mes instincts (beau, mauvais, bon ou mal).
Quels instincts as-tu?
R. : « *J'ai l'instinct de l'orgueil, de l'insubordination; je crois que cela suffit. L'instinct de conservation, de se communiquer.* »
A souligner que l'erreur de lecture se fait dans le sens d'un complexus (voir les notes au n° 154).
173. Soldat — soldat de Jésus-Christ **1504**
Verbal.
174. Rond — comme une... . **1011**
« *Mais comme une...* **boule**. »
Série à rond et boule; j'aime les hommes ronds, lune, étoiles de loin, terre, boule de neige, de pomme, de sucre, d'acier, boule d'argent, boule d'or, bouledogue.
(Rit de cette dernière assonance.)
175. Terreur — terreur . . . **1225**
« *Sous la terreur, qu'est-ce qui s'est passé?* »
C'est la révolution en France.
Série : Je ne sais pas dire cela, terreur passée, prévision d'une

terreur, terreur physique, matérielle, terreur angoissante.

176. Coucher — sur le papier ce que je n'ose dire. . . **1286**
« *C'est un vers de Voltaire!* »
Série : Coucher votre petit neveu dans son berceau, couchez-vous, couchez ce livre, cette plante, cet animal, cette bête, mettez une couche sur le plafond, — cela suffit.
(Défense contre l'exploration, d'abord par la réaction, — citation — ensuite par le dernier mot de la série, qui coupe court, à l'expérience. Le mot inducteur a certainement touché un complexus.)

177. Rêve — oh, rêve charmant **1462**
« *C'est une romance.* »
Série : Rêve, enchanteur, charmant, crime, excité, énervé, embaumé, parfumé, modéré, *souhaité, envié, jalousé, critiqué, adoré, aimé, bercé, poétique, sublime, hippique, typique, exotique... rêve, repoussé.*
(La citation dissimule encore le complexus.)

178. Rue — haute *(très court)* —
Verbal.

179. Chaud — froid **1084**
Verbal. (« *Chaud-froid de volaille* ».)

189. Nager — oh, ça c'est amusant **1153**
(Réaction mimique.)

—

5 FEVRIER 1911

Dimanche, 11 h. 1/2

181. Roi — des rois **1208**
« *C'est le prince Albert.* »

182. Jeune — vieux . . . . —
Temps assez long.
Automatique.

183. Parfum — aimé. . . . **1869**
Complétif.

184. 10 — 100 . . . . **1058**
Automatique.

185. Perdre — la vie. . . . **765**

—

8 FEVRIER 1911. — 17 h. 10.

(Mal disposée.)

186. Soleil — pas de soleil au Fort Jaco **2262**
« *Au sens figuré.* »

187. Bête — oïe (= oh, quel mot!) . . . . —
Série : « *Rhinocéros, hippopotame* »...

188. Main — bimane **1931**
« *Parce que nous sommes dans les bêtes.* »
(Persévération de 187.)

189. Quoi — quoi **1728**
Dites quelque chose de quoi? «*Ce n'est pas poli de dire quoi.*

190. Tirer — fort. **1055**
« *Tirer la ficelle.* » —

191. Maladie — nerveuse . . **1358**
« *On ne dira pas que c'est moi, aujourd'hui au moins.* » *(Mimique.)*

192. Aigre — hum, vinaigre. . **2410**
Verbal.

193. Médecin — M. Ley. . . **1329**
« *Bon ami.* »

194. 9 — 10 . . . . **828**
Verbal.

195. Père — mère **497**
Verbal.
« *Il vient demain.* »

—

11 MARS 1911. — 17 h. 30.

196. Amer — aigre. **5708**
« *On dit des choses amères mais je ne sais plus quoi.* »

197. Papillon — insecte. . . **2853**
« *Il n'y a rien qui vient, je ne suis plus habituée.* » *(Distraite.)*

198. Aller — vite **867**
Verbal.

199. Racine — cubique . . . **1284**
Verbal.

200. Poli — Monsieur. . . . **1870**
« *Un monsieur poli* » *(sans désignation).*

201. Rossignol — oiseau . . . —
Automatique.

202. Offenser — M. Ley! . . **4807**
(Complexus; a été plusieurs fois impolie avec L... allongement du temps]).

203. Vin — blanc **923**
Verbal.
204. Comique — comme Maurice **1043**
« *Mon frère.* »
205. Citoyen — Mon Dieu !. . **4704**
«*Aux armes, citoyens.*» *(Chante.)*
Série : Marseillaise, chant patriotique, air français, énergique, animé, vif, élan.
Allongement du temps; n'aime pas la Marseillaise (éducation très religieuse).

—

22 MARS 1911. — 15 h. 1/2

206. 7 — 8. . . . . **962**
Verbal.
207. Grimper — comme un écureuil . . . . —
208. Misère — noire **1390**
« *C'est une expression.* »
Verbal.
209. Doux — mon Dieu, je n'ai rien qui vient..., aigre ! **5663**
Série : Doux cœur (je ne sais rien enfin, je ne sais pas) — sucre, je ne trouve pas. Emotion.
Complexus.
210. Malheur — triste. . . . **1123**
« *Un triste malheur plutôt.*
Automatique.
211. Qui — vous **3438**
Mimique. « *Cela ne veut rien dire. Vous, M. Ley, je pense.* »
212. Prendre — **3156**
La malade lit : « *pendre* », *ferme les yeux, et dit après:* « *pendre la crémaillère* ».
Série : « *Pendre un chat, un chien, un homme, un vêtement, on peut tout pendre, se pendre (c'est le dernier de tout!)* »
La série ne laisse percer aucune explication de l'erreur de lecture.
213. Maison — la mienne . . **1210**
« *Je vais la revoir bientôt.* »
Affectivité consécutive.
214. Dur — très dur. . . . **1472**
« *J'ai pensé à quelque chose de dur, de très dur.* »
215. Nausée — hei, abonde. . **1616**
« *Une chose nauséabonde.* »
Emotion (dégoût).
Expression complétive.
216. Danser — rit : c'est amusant de danser. . . . **2085**
« *Joie.* »
217. 8 — 10 . . . . **1290**
Automatique.
218. Mémoire — bonne . . . —
219. Carré — rond . . . . —
220. Soupir — profond . . . —

Réflexions. — 1. Les *réactions* du sujet sont, pour la plupart, *superficielles* (assonances nombreuses, egpressions complétives, parfois récurrentes) ;

2. Les *temps* de réaction sont très *irréguliers* (ou très courts) ;

3. *Hyperexcitabilité motrice; inhibition volontaire fortement diminuée.* Cela explique : les réactions anticipées, les répétitions, jusqu'à trois et quatre fois, du même mot inducteur, les réactions en série (voir n°s 44, 58, 60, 63, 67, 71, 75) ;

4. *Emotivité labile;*

5. Réactions *égocentriques* (n°s 13, 26, 31, 33, 35, 39, 54, 59, 60, 64, 67, 76, 78, 80, 83, 91, 94, 95, 101, 105, 126, 129, 145, 159, 162, 168, 172, 191, 204) ;

6. *Complexus* (avec raccourcissement fréquent du temps) ; complexus érotique (voir n°s 44, 51, 60, 64, 67, 69, 70, 71, 82, 84, 93, 176, 177) ;

Pas de complexus : maladie.

2. — Crises dépressives

Sujet XVII. — Mme X. B., sans profession, 36 ans; père mort diabétique, grand'mère maternelle aliénée.

A fait déjà diverses crises mélancoliques avec intervalles de guérison com-

plète. Au cours de chaque crise, tentatives de suicide; au début de la crise actuelle, tentative de suicide par le sublimé.

A eu de petites crises maniaques passagères avec érotisme; au cours de l'une d'elles, s'est amourachée d'un médecin qui la soignait.

Les expériences n'ont pas été prolongées parce qu'elles ennuyaient la malade, et qu'elle s'y prêtait de mauvaise grâce.

9 OCTOBRE 1910. — 14 h. 3/4

1. Feuille — arbre . . . . —
« Je suis tout à fait abrutie, je ne pense à rien; c'est venu tout seul. »

2. Froid — chaud **2763**
« C'est tout machinal. »
Verbal.

3. Frère — sœur. **1078**
« C'est machinal. »
Verbal.

4. Cracher — renifler . . . **5425**
Allongement du temps, complexus « maladie ». La malade a beaucoup craché à la suite d'une tentative de suicide par le sublimé.

5. Garçon — fille. **1062**
Verbal.
« Je ne sais pas ce qui se passe dans ma pauvre tête. »

6. Blanc — noir . . . . . —
Machinal; jamais de raisonnement.

7. Tête — pied **1033**
Machinal. « Mais c'est toujours le contraire, remarque-t-elle avec angoisse.

8. 60 — soixante-dix. . . . **1236**
Machinal.

9. Cousin — cousine . . . **893**
Machinal.

10. Rouge — noir. . . . . —
Machinal.

11. Chagrin — . . . . . . —
Ce mot éveille une forte émotivité qui inhibe la réaction.
« Ça me fait retourner dans mes chagrins. »

12. Là — ici **1033**
« Machinal. »

13. Chasser — pêcher. . . . **1466**
« J'ai vu mon mari à la chasse et à la pêche. »

14. Cadavre. —. **1945**
Même émotivité inhibitrice (voir 11). La malade se met presque à pleurer, se rejette en arrière et ajoute à voix basse : « Je voudrais que ça soit moi, tout serait fini. »

15. Haut — bas. **962**
« Machinal. »

16. Curé — prêtre. **1069**
Machinal.

17. 1 — 2 . . . . **1114**
Machinal.

18. Voir — regarder **1172**
Machinal.

19. Chambre — réduit . . . **2178**
« Pourquoi je ne sais pas. » C'est en réfléchissant qu'elle se rend compte que la réaction est adéquate (réduit — petite chambre).

20. Intelligent — bête . . . **816**
« Machinal. »

—

13 OCTOBRE 1911. — 14 h. 35.

21. Droit — régulier . . . . —
(Temps long.)
« Ce sont à peu près des synonymes; j'ai vu une ligne droite et j'ai pensé à une règle. »

22. Crier — hurler. . . . . —
« C'est un synonyme. »

23. Douleur — chagrin . . . —
« C'est venu machinalement. »

24. Lent — doucement . . . —
Machinalement.

25. Dégoût — . . . . —
«Je pense toujours à autre chose; je ne sais pas fixer mon attention, je ne guérirai jamais. »
(Complexus.)

26. Désir — retourner. . . . **3724**
« Je désire de retourner chez moi. »

27. Léger — pesant **2891**
« C'est le contraire. »

28. Bourgeon — feuille . . . **1726**
« Les feuilles sortent du bour-

geon; j'ai eu l'image d'un bourgeon et des petites feuilles qui en sortent. »

29. 1000 — 10,000 . . . . . —
« *J'ai ajouté un zéro.* »

30. Battre — bataille. . . . **2177**
Automatique.

31. Brûlant — charleur . . . **1658**
« *Brûlant c'est produit par la chaleur.* »
(Lapsus linguæ.)

32. Laid — horrible . . . . —
« *Synonyme.* »

33. Beau-frère — belle-sœur . **1491**
« *Je suis la belle-sœur de mon beau-frère.* »

34. Toujours — jamais. . - **3396**
« *C'est le contraire.* »

35. Conscience — tranquillité **2932**
« *La conscience tranquille, tranquillité.*

36. Large — la mer. . . . **2470**
« *J'ai cherché quelque chose de large.* »

37. Mort — . . . . —
« *Oh! cela je ne saurais pas; c'est mon rêve et mon idéal cela.* »

38. 3 — 4. . . . . **1809**
« *J'ai continué à compter.* »

39. Chatouiller — gratter. . **2563**
« *Quand ça chatouille, on se gratte.* »

40. But — résultat **2254**
Le chronoscope a marché sur TA.
« *C'est synonyme.* »

—

15 OCTOBRE 1910. — 4 h. 3/4.

41. Indigne — scélérat. . . —
(Craintive; croit que les expériences vont faire du tort à ses enfants.)
« *C'est venu machinalement.* »

42. Femme — mère . . . . —
« *J'ai pensé à moi, à mes enfants; je ne sais pas être leur mère.* »

43. Lire — écrire. **1426**
Automatique.

44. Faim — soif **1636**
Machinalement
« *Cela vient tout seul.* »

45. Lourd — pesant **1479**
Machinalement.
(Voir n° 27.
La malade croit déjà avoir eu le mot LOURD.

46. Fils — père. **1772**
« *C'est une association toute naturelle.* »

47. Jeter — pierre. **934**
« *C'est tout naturel.* »
Automatique.

48. Crime — . . . . —
« *Avec tous ces mots-là je ne saurais pas du tout; j'ai pensé que ceux qui commettent des crimes ne sont pas plus punis que moi.* »
Pleure.

49. Pâle — maigre **1290**
« *Pâle et maigre cela va bien ensemble.* »

50. Cerveau — crâne. . . . **2250**
« *Le cerveau est dans le crâne.* »

51. 20 — 22 . . . . **1643**
« *J'ai dit 22 comme j'aurais dit n'importe quoi.* »

52. Boire — manger. . . . **2083**
« *Il n'y a plus que cela que je sais faire.* »

53. Argent — or **3312**
« *J'ai pensé aux pièces d'argent, puis aux pièces d'or.* »

54. Petit — grand. **1148**
Machinalement.

55. Aigle — malin. . . . . —
« *Quelqu'un qui travaille très bien c'est un aigle; donc il est malin.* »

56. Partout — nulle part. . . **1382**
Automatique.

57. Araignée — toile . . . **1530**
« *Une araignée qui fait sa toile.* »

58. Pourri — œuf **1851**
« *J'ai vu un œuf pourri.* »
Sensation très désagréable (mimique).

59. Action — une bonne. . . **3322**

60. 5 — 6. . . . . **1981**
« *Tout machinal.* »

—

20 OCTOBRE 1910. — 17 h. 10.

61. Tourner : refuse de répon-

dre; « *Rien ne va aujourd'hui.* »

62. Fleur : idem . . . . . —
La malade se prétend incapable de répondre; elle semble cependant bien disposée, s'est promenée au jardin et a été gaie avec ses compagnes et les infirmières; au moment de quitter le laboratoire, verse des larmes : « Je ne puis plus vivre ainsi, je ne sers à rien, mes enfants n'ont plus besoin de moi, il vaudrait mieux mourir. »

—

61. Tourner — . . . . —
« *C'est trop pénible.* »
(Complexus.)

62. Fleur — plante **974**
Machinalement.

63. Toi — . . . . —
Rien pensé.

64. Fleuve — rivière. . . . —
Machinalement.

65. Fermer — ouvrir. . . . —
Machinalement.

66. Bonheur — . . . . —
« *Ce n'est pas un mot pour moi cela.* »
(Pleure.)

67. Lui — . . . . —
« *Je ne saurais pas; on ne peut pas dire tout ce qui vous passe par la tête.* »
(Complexus.)

68. Peur — mort. **2526**
« *Je n'aime pas de dire à qui j'ai pensé.* »

69. Ami — . . . . —
Marmotte quelques mots et refuse de répondre.

70. Profond — **3935**
Pas de réponse. (Complexus.)

Réflexions. — 1) Les *réactions* comme telles ne présentent qualitativement *rien d'anormal;*

2) Les *temps de réaction* sont très *irréguliers* (plutôt allongés) ;

3) *Egocentricité* et *émotivité* très grandes (13, 33, 42, 48, 52, 58) ;

4 *Complexus : a*) maladie (14, 47, 42, 61, 66) ;
b) sexuel (67, 68, 69, 70).

III. — Toxicomanie (alcool, morphine)

Sujet XVIII. — P. R., 52 ans, ingénieur et professeur d'Université, marié, 5 enfants, lettré, intelligence brillante. Alcoolique depuis de longues années : Intoxication chronique profonde. Ruine sa famille; disparition du sens moral, commet des actes délictueux. A la suite d'excès copieux est placé par sa famille à l'établissement pour y faire une cure d'abstinence. Supporte sans troubles somatiques ou mentaux la suppression brusque de l'alcool. Sort après quatre mois, non guéri.

1 NOVEMBRE 1910. — 16 h. 15.

1. Feuille — arbre . . . . —
(Est un peu surpris par la brusque apparition du mot; nervosité.)

2. Froid — chaud **1320**
Très verbal.

3. Frère — sœur. **1298**
Verbal et persévération du mot précédent (lapsus linguæ).

4. Cracher — . . . . . . —
Toujours surpris par l'apparition du mot; j'ai voulu dire fumer; si on me disait le mot cela irait mieux.
Complexus alcoolique.

5. Garçon — fille **1178**

6. Blanc — bloir. **1022**
Contamination du mot lu.
« *J'ai pensé noir.* » *(Inhibition défectueuse.)*

7. Tête — fu. **1354**
« *J'allais dire cul; j'ignore pourquoi j'ai dit fu, je suis trop pressé.* »

8. 60 — 90. . . . . —

« J'ai mis un autre chiffre. » Notion du nombre et réaction par un mot du même genre.

9. Cousin — scousine. . . **1193**
Parenté, pas antithèse. (Remarque spontanée : « S. c. non expliqué. »

10. Rouge — noir. **2005**
Notion de couleur puis réaction, pas de réflexion. « C'est la condensation d'un raisonnement. »

11. Chagrin — peine. . . . **1201**
« Par analogie; c'est quelquefois le contraire, c'est quelquefois un synonyme. » Verbal.

12. Là — 20. . . . . . . **1245**
« J'ai lu 18. » Erreur d'aperception visuelle.

13. Chasser — pûp... pêcher. **1356**
Verbal.

14. Cadavre — mort. . . . **1305**
Automatique.

15. Haut — bas **1398**
Verbal.

—

5 NOVEMBRE 1910. — 19 heures.

16. Curé — béguine. . . . **1910**
«Ce sont des religieux ,analogie; il me semble que cela doit venir par antithèse ou par parenté. »

17. 1 — 2 . . . . **891**
« J'ai continué l'énumération. »

18. Voir — ne pas voir. . . **1370**
« Je ne vois pas ce que l'on pourrait répondre autrement. »

19. Chambre — escalier . . **934**
« Parce que l'on prend l'escalier pour aller à sa chambre. C'est toujours le jugement qui me conduit. » (Sans représentation.)

20. Intelligent — bête . . . **1019**
Automatique.

21. Droit — droit. **860**
« J'ai répété le mot; j'ai voulu aller trop vite. » Après, le sujet dit : « gauche ». Manque d'inhibition motrice.

22. Crier — braire **1102**
« C'est le cri de l'âne; j'ai cherché un synonyme. »

23. Douleur — . . . . . —
Le sujet ne continue pas, parce que « cela durait trop longtemps ». Après il dit : «peine». N'accuse pas d'impression désagréable.

24. Lent — rapide **1876**
« C'est le synonyme. » (Sic!) Après il dit : « Je me trompe, c'est le contraire. Encore donc une fois le contraire. » (Allongement du temps par réaction précédente.)

25. Dégoût — . . . . . . —
« J'aurais voulu dire merde; cela me semblait un peu fort. » (Rit très fort.)

26. Désir — peine. **1399**
« Je ne vois pas très bien comment on peut relier ça. Je ne vois pas de corrélation. » (Voir 23.)

27. Léger — lourd **1026**
Automatique.

28. Bourgeon — feuille . . . **1372**
« J'ai pensé (sans représentation) que la feuille sort du bourgeon. »

29. 1000 — mille **1188**
« J'ai voulu dire un autre chiffre, mais j'ai lu celui-ci. » (Voir 21.)

30. Battre — partir **1813**
« Mon idée était : se battre et s'enfuir, c'est à dire partir. »

31. Brûlant — froid. . . . **1275**
Automatique.

32. Laid — beau **940**
Automatique.

33. Beau-frère — belle-sœur . **1612**
Automatique.

34. Toujours — jamais . . . **1042**
Automatique.

35. Conscience — âme . . . **1384**
« La conscience est dans l'âme. »

—

9 NOVEMBRE 1910. — 19 h. 1/4.

36. Large — étroit **1538**
Automatique.

37. Mort — vivant **1541**
Automatique.

38. 3 — 4 . . . . **882**
Verbal.

39. Chatouiller — démangeaison. **2493**
Troublé, parce qu'il n'y a pas de contraire. Sans représentation, mais réfléchi.
(Allongement du temps par trouble de la tendance à dire le contraire.)

40. But — flèche **1210**
Automatique.

41. Indigne — digne. . . . **1246**
« *Quand je trouve le contraire, je le dis presque toujours.* »
(Voir 39.)

42. Femme — homme. . . **949**
Verbal.
« *C'était très facile.* »

43. Lire — lécrire (!). . . **1303**
« *Au lieu d'écrire; parce que j'ai la tentation de lire le mot sur la carte.* »

44. Faim — foif (!) . . . **1352**

45. Lourd — néger (!) . . **962**
« *Au lieu de léger; c'est toujours la première consonne qui ne va pas.* »
(Voir 6, 21.)

46. Fils — femme **1298**
« *C'est drôle ça; mais c'est la famille.* »

47. Jeter — lancer **1698**
« *J'ai cherché une réaction.* »

48. Crime — . . . . . . —
« *Je n'ai rien trouvé; j'ai voulu dire punir, mais cela ne sortait pas.* »
(Complexus évident.)

49. Pâle — noir. **2139**
« *Ça n'est pas tout à fait le contraire. Le mot pâle m'évoque toujours l'idée de blancheur.* »
Série : crime — terrible crime, inconscient, pardonnable, dément, odieux, parricide, fratricide, inconnu, châtier, stupide, inutile, cacher, profitable, — expier, provoquant, — préparer, préméditer, spontané, — impulsif, inévitable.
Série complexe se rapportant à la réaction 48, bien qu'elle soit demandée au mot pâle. Constellation.

50. Cerveau — ah, cerveau, tête **2994**
« *Je ne trouvais pas tout de suite un mot.* »
(Remarquer le mot ah! précédant la réaction. Complexus maladie.)

51. 20 — 30 . . . . **924**
Verbal.

52. Boire — manger. . . . **1177**
« *Ce sont deux fonctions animales qui s'accompagnent.* »
(Sans émotion, le sujet est très peu émotif.)

53. Argent — or. **920**
Verbal.

54. Petit — grand **990**
Verbal.

55. Aigle — oiseau **2124**
« *C'est le genre pour l'individu.* »

—

16 NOVEMBRE 1910. — 17 heures.

56. Partout — jamais . . . **1898**
« *J'aurais dû dire nulle part.* »
(La réaction ne plaît pas au malade.) « *Le mot a scintillé devant mes yeux.* »

57. Araignée —. . . . . . —
« *La brusque apparition du mot me dérange.*
» *J'aurai été désagréablement impressionné parce que je ne trouvais pas le genre d'animal à citer.* »
(Se dérobe; complexus.)

58. Pourri — êe bon. . . . **1214**
Automatique.

59. Action — êe geste . . . **1476**
Automatique.

60. 5 — 2 . . . . **1072**
Automatique.
« *Un autre chiffre.* »

61. Tourner — aller. . . . **1217**
Idée de mouvement; notion du verbe indiquant le mouvement.

62. Fleur — bouquet. . . . **1417**
« *C'est, du simple au composé.* »
aller trop vite. » *Après le su-*

63. Toi — moi **1382**
Verbal.

64. Fleuve — frivière . . . **1155**
Verbal; contamination.
66. Bonheur — malheur . . **1346**
Automatique.
67. Lui — moi. **887**
Automatique.
68. Peur — bûu... brave . . **1573**
Automatique.
69. Ami — ennemi **1222**
Automatique.
70. Profond — bas **1426**
Automatique.
71. Amour — maine. . . . **1200**
Voulu dire haine.
Contamination par l'm de amour.
72. 2 — 3 . . . . **784**
Verbal.
73. Tenir — p... lâcher. . . **1469**
Automatique. **p.** ??
74. Gloire — eêe min... **1153**
« *J'ai pensé à déshonneur, ce n'est pas sorti.* » (*Complexus.*)
75. Nous — moi **1121**
Automatique.

—

23 NOVEMBRE 1910. — 19 heures.

76. Glace — froid. **1252**
Automatique.
77. Jamais — demain **1426**
« *La réaction est une protestation; j'ai pensé que l'on me disait : vous ne sortirez pas d'ici, et je proteste : je sortirai demain.* »
78. Courir — marcher. . . **1482**
Automatique.
79. Homme — femme. . . **1122**
Verbal.
80. Moi — toi. **947**
Verbal.
81. Haine — amour. . . . **1481**
« *C'est le contraire.* »
Automatique.
Le sujet croit avoir eu déjà le mot « haine ».
82. 4 — 5 . . . . **842**
Verbal.
83. Nommer — parler. . . **1255**
Automatique.
84. Instinct — euh, réflexion **1277**
« *J'ai réfléchi à la signification du mot instinct; réflexion est le contraire d'instinct.* »
85. Vous — toi **910**
Verbal.
86. Volonté — . . . . —
« *Je ne vois rien tout de suite.* » *Sans émotion.* « *Non, je ne l'applique pas contre moi.* » (*Complexus.*)
87. Prendre — rendre. . . **1334**
« *Automatique; avec la notion que rendre est le contraire.* »
En riant : « *Voilà, c'est la réaction d'un honnête homme qui rend ce qu'il a pris.* »
88. Paix — guerre **1204**
Verbal.
89. Epais — léger **1462**
Automatique.
« *Mais je ne vois pas bien l'association.* »
90. Paysan — paysanne . . **1128**
Représentation visuelle d'un paysan.
Automatique.

—

26 NOVEMBRE 1910. — 17 h. 3/4.

91. Donner — drendre. . . —
« *Il y a une parenté ici.* »
92. Canapé — fauteuil . . **2644**
Automatique.
« *Notion de meuble; mais aussi que le fauteuil ressemble le plus au canapé. Meuble pour s'asseoir.* »
93. Grand — petit **1185**
« *Ça c'est trop facile.* »
Verbal.
94. Chaise — poire. . . . **932**
« *Ah, ça c'est tout à fait curieux. Je ne comprends pas cela, ça n'a aucune raison d'être dit. Objet disparate.*
Sapristi, je me demande comment cette poire est arrivée à propos d'une chaise?
Ce qui m'intrigue, c'est que c'est sur ces réponses stupides que vous écrivez le plus longtemps. »
95. 6 — 7. . . . . **1265**
Verbal.
96. Sentir — . . . . —
« *Rien; peut-être sentir bon. C'est pour la première fois que*

je donne un complément à un verbe. (Sans affectivité.) Je n'ai jamais ni une sensation agréable ni désagréable. »
Complexus.

97. Mère — père. **1689**
Verbal.

98. Bossu — broit **1518**
(Pour droit.)
« Pensé à un bossu et à son contraire. » —
(Voir 6 et autres.)

99. Estomac — cœur. . . . **1537**
Automatique.

100. Où — là. **1610**
« Là est en quelque sorte la réponse à la question où. »
Automatique.

101. Etat — condition . . . **1538**
« Le mot condition dans le sens social (bonne; gens de condition), état également. »

102. Beau — laid. **962**
Verbal.

103. Escalier — chambre . . **1070**
« J'ai pensé à l'escalier qui monte à ma chambre. »
(Voir 19 même association en sens inverse.)

104. 40 — 50 . . . . **821**
Verbal.

105. Flairer — sentir. . . . **955**
Verbal.

—

29 NOVEMBRE 1910. — 17 heures.

106. Fille — f... garçon . . **1074**
Verbal.
« Je ne me représente pas une fille. »
(Voir 6.)

107. Compact — léger . . . **2039**
« C'est déjà un mot plus difficile. Pensé à la signification, léger est presque le contraire. »

108. Sucre — soivre (poivre) **1353**
« Ce sont deux conditions culinaires. »
(Voir 6.)

109. Manger — boire. . . . **1205**
« Ce sont deux phénomènes de nutrition.
» J'ai certainement pensé à la fonction. »

110. Bienfait — mal. . . . **1368**
« C'est le contraire. La signification du mot était très nette. »
Automatique.

111. Clair — obscur. . . . **1110**
Automatique.

112. Belle-sœur — beau-frère (frère) **1369**
« Ça n'était pas bien difficile. Frère n'est pas influencé par père » dit le sujet (?).

113. Criailler — cr., pr... . **1606**
« Sapristi, celui-là ne sortait pas. Je me suis occupé de la traduire par un autre mot. J'aurais dû dire : crier. »

114. Colère — fâché. . . . **1325**
« On est fâché quand on est en colère. »

115. Mince — soupir. . . . **1495**
« J'ai lu minée (féminin), et quand on est miné, on soupire. »
D. : *Est-ce que ce mot vous est désagréable?*
R. : *Non, c'est toujours verbal.*

116. Palais — chaumière . . **1238**
« C'est sans doute une réminiscence de la poésie romantique : préférer la chaumière avec une femme aimée, au palais dans lequel on est seul. »

117. 70 — 3 . . . . **875**
« Ça je ne m'explique pas du tout, c'est disparate. 73 n'a pas de signification spéciale. »

118. Chanter — boire. . . . **1291**
« C'est une réaction assez logique : après un repas où l'on a bien bu tous les ivrognes sont portés à chanter. »
Verbalisme; aucune émotivité ni regret.

119. Pied — poigt, doigt. . **1291**
« Doigt de pied. »
(Voir 6.)

120. Salé — sec. **1273**
« J'ai eu la perception d'un morceau de lard salé et sec.
» Ici peut-être j'ai vu cet objet. »

—

7 DECEMBRE 1910. — 11 h. 3/4.

121. Paradis — enfer . . . **1591**
Automatique.

122. Demain — aujourd'hui . **1144**
Automatique.
123. Rire — pleurer 1236
Automatique.
124. Table — . . . . . . —
« *J'ai lu table et réfléchi à ce que cela peut bien être.* »
(Erreur d'aperception visuelle.)
125. Tiède — **t**faud, chaud
« le **t** m'a troublé » . . **1243**
126. Prudence — témérité.. . **1882**
Automatique.
« *Cela ne venait pas tout de suite à cause de caractère abstrait du mot.* »
(Exemple d'allongement du temps, non par l'émotivité ou le complexus, mais par la nature même du mot.)
127. 80 — 30 . . . . . . **1354**
Il n'y a aucune corrélation. »
128. Pendre — rendre. . . . **1367**
« *J'ai lu prendre.* »
(Erreur de lecture.)
(Voir 87.)
129. Plaisir — joie **1059**
Automatique.
(Sans émotion.)
130. Tranquille — f... fâché. **1194**
« *Ce mot ne me disait rien. Cette réaction est bizarre.* »
Le sujet n'est pas content! « *Il y a des gens tranquilles et des gens fâchés.* »
131. Poursuite — fuite . . . **1384**
Automatique.
132. Pleurer — poire, rire . **1324**
Automatique.
(Voir 6.)
133. Mer — chocéan, océan . **1253**
(Voir 6.)
Série : « *Détroit, golfe, port.* »
134. Gros — petit. **962**
Automatique
135. Mœurs — mauvaises . . **1244**
Automatique.

—

11 DECEMBRE 1910. — 15 h. 1/4.

136. Lumière — feu **1099**
« *Pensé à peu près : la lumière vient d'un objet enflammé. Le mot feu est presque synonyme.* »
137. Vilain — beau **1259**
« *La signification du mot m'était parfaitement claire.* »
Automatique
138. Lit — trois **757**
« *Qu'est-ce que c'est que ça?* *(Etonné.)* « *J'ai lu un chiffre 12.* *(Erreur de lecture.)*
Série : 12, mois, apôtres, œufs — douzaine — douze jours, douze heures — je ne vois rien à cela.)
139. 90 — trois **1244**
« *J'ai dit trois, parce que j'ai vu 9.* »
140. Pincer — m**a**rdre . . . **1680**
« *Pincer c'est faire du mal, mordre aussi. L'idée de mal m'est vaguement venue, et c'est probablement le début de mon mardre.* » *Sans émotion.*
141. Lampe — feu **1471**
« *C'est la même réaction qu'avec lumière de tantôt.* »
142. Vieux — jeune **1357**
Automatique.
143. Loi — moi **1198**
« *J'ai lu toi.* »
(Erreur d'aperception.)
144. Maintenant — tantôt. . **1739**
« *Ce sont deux adverbes de temps.* »

Réflexions. — 1) Les *temps* de réaction sont relativement *longs* (126) ;

2) *Emotivité* très réduite (1) (nos 11, 20, 52, 96, 118, 135), même lorsqu'il a des inhibitions, relatives à un complexus (nos 41, 48, 49, 50, 86, 87) ;

3) *Coprolalie* (nos 7 et 25) ;

4) *Excitabilité psychomotrice* par diminution de l'inhibition (explique les contaminations fréquentes, les réactions anticipées et les répétitions du mot inducteur). (Nos 6, 7, 9, 13, 21, 24, 29, 43, 44, 45, 58, 59, 64, 65, 68, 71, 73, 74, 91, 94, 96, 98, 106, 108, 112, 113, 119, 125, 130, 132, 133, 140) ;

5) *Erreurs d'aperception* fréquentes (2). (Assimilations.) (Nos 12, 115, 124, 128, 138, 139, 143.)

(Le manque d'émotivité du malade, même pour des mots qui, d'après l'introspection consécutive, ont évidemment touché un complexus [alcoolisme, aboulie, vol] est une observation très importante pour le « Tatbestands-diagnostik ». Ces variations démontrent aussi que ce diagnostic n'est possible, que s'il est fait par des personnes bien au courant du maniement et des finesses de la méthode des associations.)

IV. — **Neurasthénie et psychasthénie**

Nous donnons parmi les cas plus nombreux de neurasthénie et de psychasthénie, les deux observations expérimentales suivantes, de malades ayant des réactions assez typiques :

Sujet XXIV. — L. B., 21 ans, commis, sans hérédité névropathique. Depuis quelques années, idées variées de doute, dépression, psychasthénie. Incapacité de travail. Déserte l'armée française et se sauve en Belgique avec l'intention de se tuer. Trouve ici quelques amis qui le soutiennent, lui relèvent le moral, et arrivent à ce qu'il se soigne dans un sanatorium. Les réactions suivantes sont prises au moment où le malade a déjà été soumis à un traitement physique et moral de plusieurs semaines ; il est dans une assez bonne période.

8 MARS 1911. — 17 1/2 heures

1. Feuille — papier. . . . **1487**
Verbal.
2. Froid — hiver **1756**
Automatique.
3. Frère — sœur. **1299**
Verbal.
4. Cracher — terre **1987**
« *En général on crache par terre.* »
« *Est-ce que c'est bien ça ce que vous voulez?* »
(Le malade s'inquiète de savoir si ses réponses satisfont au but de l'expérience.)
5. Garçon — fille **1333**
Verbal.
6. Blanc — noir **3214**
« *Non, ce n'est pas ça, je ne crois pas que c'est cela.* » *(Voir 4.) Hésite avant de dire « noir ».*
L... le rassure : « Vous êtes un bon sujet. »
R. : « *J'en doute.* »
7. Tête. — . . . . —
« *Je ne trouve rien... je pourrais dire : tête de Turc.* »
Série : en-tête, tête de lettre, bouche, nez, oreille, cheveu, barbe, moustache, cervelle, dents, boite cranienne, l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût également, se mettre à la tête de la maison, je ne trouve plus rien je pourrais dire : folie, neurasthénie, monomanie. »
(Complexus maladie mentale.)
8. 60 — à l'heure **3815**
« *D'abord, je ne pensais à rien, parce que le chiffre ne me disait rien.* »
Verbal.
9. Cousin — cousine. . . . **1488**
Verbal.
10. Rouge — gorge!. . . . **3726**
(Rit.)
Hésite d'abord; « J'ai cherché autre chose; j'aurais plutôt envie de répondre par une autre couleur, ainsi bleu, mais je me suis dit que cela ne signifie rien, ainsi : rouge-gorge est venu. »
Série : rouget, rougeole, roséole.
(Allongement du temps par hésitation inhérente au caractère pathologique du sujet.)

—

11 MARS 1911. — 14 hé. 45.

11. Chagrin — pleurs . . . **1234**
Sans émotion.
« *J'ai pensé au pluriel: pleurs.* »
12. Là — endroit. **2742**
Automatique.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de paralysie générale juvénile (1)

par C. PARHON et C. URECHIA (de Bucarest)

La paralysie générale juvénile mérite l'attention à plusieurs points de vue. C'est ainsi que sa symptomatologie offre certaines particularités intéressantes, tant au point de vue psychique qu'au point de vue somatique. Ensuite son étude peut jeter quelque lumière sur la question de l'étiologie, sinon de la pathologie de la paralysie générale. Enfin l'anatomie pathologique offre, elle aussi, dans certains cas, quelques particularités.

Ce sont ces considérations qui nous ont déterminés à communiquer le cas que nous avons pu étudier au point de vue anatomo-clinique, en faisant suivre l'observation par le résumé des faits plus intéressants qui s'en dégagent et par les réflexions qu'elle nous suggère.

M[me] D. S..., âgée de 19 ans, internée dans l'hospice le 28 novembre 1909.

Dans les actes d'internement, on dit que les parents de la malade ont été bien portants et sont morts de vieillesse. Un frère et une sœur de la malade sont bien portants.

La maladie de M[me] D. S... a débuté, il y a deux ans (donc à l'âge de 17 ans), par des accès convulsifs suivis d'habitude par un état délirant avec impulsions et agitation motrice.

Dans les actes médico-légaux, on trouve encore noté que le début de la maladie se trouve en rapport avec la chute de la malade d'un carrousel, chute qui l'a beaucoup effrayée, la malade étant d'un tempérament émotif. On ne signale pas de traumatisme de la tête.

La malade, qui se rappelle très bien cet accident, nous dit qu'elle a eu un vertige, a perdu connaissance et est tombée sans perdre l'urine ou se mordre la langue.

Depuis lors, nous dit la malade, elle est restée avec de violents maux de tête qui s'exagéraient par les diverses contrariétés. En outre, elle présentait à peu près une fois chaque mois, un vertige avec perte de connaissance. Mariée depuis un an. Elle est envoyée à l'hospice avec le diagnostic d'épilepsie.

La malade, de taille moyenne, est assez bien développée. La tête brachicéphale. Le lobule des oreilles, petit et adhérent. La réaction pupillaire est paresseuse. Les réflexes rotuliens et achiléens sont également diminués. Pas de tremblement des doigts. La menstruation est apparue pour la première fois après son internement dans l'hospice.

---

(1) Communication au VI[e] Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. (Bruges, octobre 1911.)

Au point de vue psychique, la malade se présente proprement habillée, se coiffe et se soigne elle-même. Elle est timide, parle à voix basse, avec des phrases courtes. Elle ne garde pas toujours la suite de la conversation, mais elle revient si on insiste.

Elle est assez bien orientée dans l'espace. Faiblement orientée dans le temps. Connaît le jour où nous sommes, mais ne sait pas le mois.

Bien qu'elle ait suivi ses quatre classes primaires, elle est incapable de réciter quelque chose.

Au point de vue de l'affectivité, on signale que le sentiment de la pudeur est conservé. La malade est sociable, mais en général triste. Elle passe son temps à travailler des dentelles. Pas d'illusions ni d'hallucinations.

La malade présente très souvent des accès d'épilepsie partielle débutant le plus souvent par les muscles faciaux ou, plus rarement, par le membre supérieur droit. Ces convulsions se généralisent ensuite à tout le côté droit. Elles sont suivies d'une faiblesse du côté droit et souvent d'une aphasie motrice transitoire.

En outre, au mois de mai 1910, on observa un tremblement assez prononcé du membre supérieur droit, dont la force musculaire diminua beaucoup et dont l'extrémté distale était le siège d'une cyanose manifeste.

Voici le nombre des attaques depuis le mois de février 1910 jusqu'à sa mort : Février, 8 attaques; mars, même nombre; avril, un seul accès; mai, 8 attaques; juin, 2 attaques; juillet et août, une seule pour chaque mois; septembre, 5 attaques; novembre, une seule; janvier 1911, 3 attaques; mars, une seule; mai, 2 attaques; juin, 6 attaques; juillet, 5 attaques. Dans les mois non signalés ici, elle n'a pas eu de convulsions.

Depuis le 24 mai 1910 au 11 juillet 1910, on lui fait dix injections d'huile grise. Nous avons eu recours à ce traitement à la suite de l'examen du liquide céphalo-rachidien qui montra la présence de lymphocytose, ainsi que la positivité des réactions de Nonne-Apelt, Nogouchi et Pandy. La réaction de Wassermann fut également positive tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Pendant le temps des injections, elle n'a eu qu'une seule attaque (le 5 juin). On note en même temps, pendant les injections, la suppression des menstrues. Soumise à l'opothérapie ovarienne, le 17 août, les règles revinrent le 25 août, après avoir eu le jour précédent une attaque convulsive. Cette attaque fut suivie de mouvements convulsifs des lèvres pendant trois jours.

Le 12 janvier, à la suite d'une attaque convulsive, elle reste à l'état de confusion, présente un tremblement généralisé et est incapable de se tenir debout.

On lui fait une injection interscapulaire de salvarsan. Après deux jours de fièvre légère, la malade se sent mieux, commence à parler, mais l'état de confusion continue.

Le 14 janvier, pendant la nuit, nouvelle attaque d'épilepsie jacksonienne, suivie d'un très mauvais état général. La figure congestionnée,

les extrémités froides, ne parle pas, tient les yeux fermés, ne peut rester debout.

Injection d'huile camphrée, sachet avec glace sur la tête. Bouteilles d'eau chaude aux extrémités. Le matin, elle se sent mieux, parle avec difficulté, ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant la nuit.

Le 15 janvier, nouvelle attaque suivie d'état confusif, tremblement des lèvres, de la langue, des mains, etc.

Peu à peu, la malade se remet, commence à travailler; pourtant elle reste amoindrie, psychiquement surtout. Sa mémoire est plus faible. Parfois, surtout le matin, la malade présente une légère confusion mentale. Sa parole est tremblée comme celle des paralytiques généraux.

En juillet, nouvelle injection de 606. Aucune amélioration. La malade succombe le 7 août 1911, avec une double pneumonie.

A l'examen anatomo-pathologique, on constate que la calotte cranienne est un peu épaissie. On observe de volumineux corpuscules de Pachioni. Les méninges molles, très épaisses et adhérentes en certains endroits. Le volume de l'encéphale est réduit. Son poids est de 950 grammes. Sa consistance est augmentée. Les circonvolutions sont réduites de volume. Les vaisseaux de la base ne sont pas sclérosés et ne présentent pas de plaques d'athérome.

Double pneumonie. Le corps thyroïde pèse 25 grammes. On constate la présence du thymus : 15 grammes. Les deux surrénales pèsent ensemble 15 grammes. La réaction chromaphine est faible. Les deux ovaires, 15 grammes. Le foie, 1,240 grammes, présente quelques îlots graisseaux ainsi que quelques formations kystiques de faibles dimensions. La rate, 150 grammes, de consistance molle, les follicules de Malpighi, plutôt hypertrophiés.

L'examen microscopique nous montre ce qui suit :

Les sections des méninges molles colorées à l'hématoxyline-Bordeaux picrique suivant le procédé de l'un de nous, au Nissl, nous montrent une hyperplasie du tissu conjonctif ainsi qu'une infiltration, abondante surtout dans la gaine des vaisseaux, par des leucocytes et des cellules plasmatiques. On ne trouve que très rarement des cellules muriformes et tout à fait exceptionnellement des cellules géantes.

Dans certaines cellules conjonctives, on trouve des figures kariokinétiques.

L'étude des circonvolutions cérébrales avec la méthode de Nissl, montre que l'ordination cyto-architechtonique est généralement conservée, et le volume des cellules ne semble pas beaucoup influencé. Mais elles présentent surtout des altérations de leur substance chromatique. D'abord le prolongement principal des cellules pyramidales se laisse poursuivre sur une longueur beaucoup plus impor-

tante qu'à l'état normal. Les corpuscules de Nissl présentent tous les degrés d'altérations chromatolytiques. Dans certaines cellules, on ne trouve plus que quelques blocs chromatiques périnucléaires. Le noyau est souvent déformé et homogénéisé. Le nucléole est parfois déplacé, arrivant au contact de la membrane nucléaire. On rencontre très fréquemment des bâtonets intranucléaires de substance chromatique. Parfois on observe que le nucléole, qui a pris avec la thionine une nuance rougeâtre, est entouré d'un espace incolore et, à son voisinage, on trouve deux granulations bleues. La forme du nucléole est irrégulière dans certaines cellules.

Les cellules satellites sont évidemment proliférées, et dans certaines d'entre elles, on peut observer des figures kariokinétiques.

Sur les coupes traitées par le nitrate d'argent suivant la méthode de Bielschiowsky et colorées en même temps par le scharlach, on constate que la graisse occupe l'espace interfibrillaire et semble surtout abondante aux endroits où les neurofibrilles sont plus altérées. Ces dernières présentent divers degrés d'altération tels que fragmentation, désintégration granulaire, résorption complète des granulations et aspect homogène de la cellule, etc. Mais il faut ajouter aussi que beaucoup de neurofibrilles ne sont pas sensiblement influencées.

La gaine des vaisseaux est infiltrée par des cellules plasmatiques dont quelques-unes présentent deux noyaux. On rencontre aussi des mastzellen. On rencontre de très fréquentes cellules en bâtonnet (stäbchenzellen), surtout dans la couche superficielle. Les cellules muriformes sont, par contre, tout à fait exceptionnelles.

La coloration au scharlach montre que les cellules ganglionnaires contiennent une assez forte quantité de granulations lipoïdes et localisées de préférence à la base de la cellule.

Pourtant, dans certaines cellules, la graisse occupe aussi la partie supérieure de la cellule, voire même la dendrite principale. Les cellules de la couche superficielle présentent de même l'infiltration adipeuse.

Dans la paroi vasculaire, on trouve de la graisse en quantité abondante dans les cellules adventielles et, plus rarement, dans les cellules plasmatiques. On trouve aussi des granulations lipoïdes libres dans les espaces lymphatiques périvasculaires. Les nombreuses cellules en bâtonnet qui existent dans ce cas ne contiennent pas de granulations lipoïdes.

En ce qui concerne la névroglie, on constate un processus prolifératif très intense, surtout dans la substance blanche des circonvolutions, ainsi que dans la couche superficielle.

Les cellules de la substance blanche surtout présentent très sou-

vent les formes décrites sous le nom de cellules monstrueuses (monsterzellen). Leurs ramifications, souvent d'apparence tubulée, contractent de nombreuses adhérences avec les vaisseaux, en formant parfois de véritables feutrages autour de ces derniers. Le protoplasma des cellules névrogliques est très souvent granulaire.

Quelques-unes des cellules névrogliques présentent deux noyaux. Un grand nombre de ces cellules contiennent des granulations lipoïdes.

Ajoutons que ce processus prolifératif atteint son maximum d'intensité surtout immédiatement au-dessous de la substance grise. Dans cette dernière, la prolifération est plus grande dans les couches profondes.

Dans le cervelet, on remarque que les cellules de Purtinje semblent en général mieux conservées que les cellules de l'écorce cérébrale. Pourtant, dans certaines d'entre elles, les corpuscules de Nissl présentent des altérations chromatolythiques évidentes et on peut même observer des cellules qui sont tellement altérées qu'il n'en reste plus qu'une masse protoplasmique irrégulière entourant le noyau. Ce dernier est souvent excentrique et sa membrane ratatinée.

Les cellules de la couche moléculaire présentent aussi différents degrés d'altération. Les neurofibrilles présentent le même état que dans les cellules de l'écorce cérébrale. Ce n'est qu'à titre d'exception extrêmement rare que nous avons rencontré des cellules à deux noyaux telles qu'elles ont été signalées par Straussler. Trapet, etc.

La coloration au scharlach montre dans le cervelet les mêmes modifications de la paroi vasculaire que dans le cerveau. Les cellules de Purkinje ne semblent pas contenir plus de granulations lipoïdes qu'à l'état normal. La coloration au Bordeaux picrique de l'un de nous (Urechia) montre par ci par là l'épaississement de la paroi vasculaire.

En ce qui concerne la névroglie, on trouve, de même que dans le cerveau, un processus prolifératif très intense surtout dans la substance blanche.

Les cellules se présentent surtout sous la forme d'astrocytes volumineuses qui contractent de très intimes relations avec les vaisseaux. Dans l'écorce, les grandes cellules sont beaucoup plus rares et on remarque surtout des fibres radiaires.

Dans le quatrième ventricule, on trouve également un processus proliferatif des plus intenses. On assiste à la formation d'un grand nombre de cellules étoilées ainsi qu'à un riche feutrage de fibres névrogliques.

L'étude de la névroglie a été faite à l'aide de la méthode de

Bielschiowsky et avec les différentes colorations hématoxyliques (Alzheimer, Urechia), après le fixage préalable dans le formol ou dans le mordant de Weigert.

Nous avons pratiqué aussi des coupes des différentes glandes, et voici ce que nous avons trouvé :

Le *corps thyroïde* est formé par des follicules dont la cavité est distendue par le colloïde qui se rencontre en grande quantité. L'épithélium folliculaire est aplati, prenant un aspect endothélioïde. La coloration au scharlach montre que les cellules de la paroi folliculaire contient un grand nombre de granulations lipoïdes. Ces dernières sont encore plus abondantes dans les cellules desquamées.

L'*hypophyse* est formée par des cellules presque exclusivement éosinophiles dont la plupart sont riches en protoplasme. Seulement un nombre moins important présentent le corps protoplasmatique réduit de volume. On observe une riche ectasie capillaire. Au scharlach, on rencontre des granulations lipoïdes intracellulaires en quantité modérée. Ces granulations sont fines et leur affinité tinctoriale n'est pas très grande. Pourtant, dans quelques cellules, la quantité de lipoïdes est plus prande et il en est de même pour leur affinité tinctoriale. On trouve de rares cellules plasmatiques.

Le *foie* présente un degré moyen d'ectasie capilaire. Les cellules ont pour la plupart une apparence réticulée avec de petites aréoles. La coloration au sudan montre de petites granulations graisseuses. Mais ce n'est qu'en de rares endroits que ces dernières occupent la plus grande partie de la cellule, pouvant même lui donner l'apparence d'une vésicule adipeuse en voie de formation.

Le *pancréas* présente les acinis ainsi que les îlots de Langerhans de forme et de volume normal. Mais la coloration au sudan montre une très grande accumulation de granulations graisseuses qui, dans certaines cellules, sont si abondantes et si denses, qu'elles forment de véritables blocs graisseux. Il est à remarquer que les cellules des acinis sont plus riches en graisses que celles des îlots de Langerhans. Dans ces dernières, les granulations lipoïdes, bien qu'abondantes, sont disséminées d'une façon plus diffuse et en même temps plus homogène, et on n'observe pas la formation de blocs signalés plus haut.

La *rate* présente une vascularisation assez prononcée.

Les follicules de Malpighi sont bien représentés. On observe, en outre, des cellules plasmatiques assez abondantes disséminées parmi les autres cellules de la pulpe de l'organe.

Le *rein* présente en plusieurs endroits une évidente ectasie vasculaire. Les cellules des tubes contournés, des canaux collecteurs, etc., ne semblent pas altérés. Pourtant la coloration au sudan montre

des granulations lipoïdes en assez grande quantité dans les cellules de la branche mince, de l'anse de Henle. Ces dernières sont plus rares dans les tubes contournés et encore moins abondants dans les glomérules. Notons encore de rares cellules plasmatiques dans le tissu conjonctif de l'organe.

Les *capsules surrénales*. La coloration au sudan montre que les cellules de la corticale, surtout celles de la couche fasciculée présentent, dans certaines régions, des granulations lipoïdes en grande quantité remplissant toute la cellule. Ces régions riches en substances graisseuse, alternent avec d'autres où ces dernières sont faiblement représentées.

Dans la couche réticulée, les granulations de lypochrome sont réparties d'une façon plus uniforme, sont moins abondantes en général et ont une coloration rouge brunâtre. On observe une ectasie capillaire évidente. Les cellules de la médullaire ne nous ont pas semblé altérées.

Les *ovaires*. Les follicules primordiaux ou ceux plus âgés sont assez rares. On constate pourtant un corps jaune assez bien développé et dont les cellules, de forme ovale, sont littéralement remplies de granulations lipoïdes. Le noyau est caché par ces granulations. On constate aussi les restes d'un corps jaune plus âgé.

Dans la *mamelle,* on observe des vésicules adipeuses dans le tissu conjonctif. Dans le parenchyme, on observe de rares granulations lipoïdes dont le volume est grand et l'affinité tinctoriale intense.

Dans le *thymus,* dont la structure ne s'éloigne pas sensiblement de la normale, excepté peut-être la rareté des cellules de Hassal, nous avons trouvé de rares cellules plasmatiques.

En résumé, il s'agit d'une jeune femme dont les premières manifestations alarmantes ont débuté à l'âge de 17 ans, à ce qu'il semble, par un ictus avec perte de connaissance. Ensuite elle présenta de fréquentes attaques d'épilepsie partielle. Son état mental alla en déclinant lentement. Elle gardait la connaissance de sa maladie, ne présenta pas d'idées délirantes. L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une réaction méningée très accusée.

La réaction de Wassermann était positive. La malade succomba à peu près quatre ans après le début de ses troubles, à la suite d'une double pneumonie.

L'étude anatomo-pathologique des centres nerveux montra les altérations caractéristiques de la paralysie générale.

Retenons encore de l'examen clinique que la malade n'a été menstruée qu'après son entrée dans le service, c'est-à-dire à l'âge de 19 ans et qu'à l'examen anatomo-pathologique, on observa la présence du thymus.

Il ne nous semble pas douteux qu'il s'agit, dans ce cas, de la paralysie générale juvénile. En effet, la maladie a débuté vers l'âge de 17 ans et a eu une évolution semblable à celle décrite par d'autres auteurs. En outre, les réactions du liquide céphalo-rachidien et enfin l'examen macroscopique et microscopique du cerveau ne laissent plus aucun doute à ce point de vue.

Ce sont les travaux de Clouston qui ont attiré l'attention sur cette variété de la paralysie générale. Les travaux ultérieurs de Turnbul, Wiglesworth, Regis, Kraepelin, Gudden, Alzheimer, Giannelli, Gianulli, Homen, Westphall, Sapento, Thiry, Toulouse et Marchand, Pusateri, Weygand, A. Marie, Moussous, Perusini, Raymond, Marinesco, etc., ont continuée l'étude de la question en apportant de nouvelles contributions.

Rappelons brièvement les faits observés en ce qui concerne cette variété de la paralysie générale.

Au début de la maladie, on observe souvent des vertiges, de l'obnubilation intellectuelle, de l'insomnie, une céphalée intense et persistante. Cette céphalée peut précéder de plusieurs semaines l'apparition des troubles mentaux (Vram, Théry).

Clouston, Savage, Regis ont noté la congestion oculaire, la suppuration conjonctivale, une acnée récidivante, phénomènes que Raymond met en rapport avec la syphilis.

Kraepelin, qui a observé quatre cas de cette forme infanto-juvénile de la maladie de Bayle, remarque que, dans certains cas, on observe un arrêt précoce dans le développement physique et psychique. Joffroy, Regis ont signalé la persistance anormale des cartilages de conjugaison. A. Marie, qui a pu observer lui aussi un exemple intéressant de cet arrêt de développement, s'exprime de la façon suivante : « La maladie fixe les malades dans l'état de développement où elle les a surpris, et peut être l'origine d'une variété spéciale d'infantilisme dans les cas où son évolution précoce n'est pas trop rapide. »

En effet, les organes génitaux restent petits, les seins ne se développent pas et le système pileux reste rudimentaire.

Si l'on ajoute la persistance possible des cartilages des conjugaisons signalée plus haut, on voit qu'on a des raisons suffisantes pour parler de cette variété spéciale d'infantilisme.

Dans notre cas, l'arrêt de développement n'était pas évident. La taille de la malade était normale. Pourtant certains phénomènes tels que l'apparition tardive de la menstruation (après 19 ans), ainsi que la persistance du thymus peuvent être interprétés toujours dans le sens de l'infantilisme.

On peut poser ici le problème de la pathogénie de cette variété d'infantilisme.

Est-il d'origine thyroïdienne? A ce propos, nous rappellerons que la glande thyroïde a été trouvée altérée dans la syphilis héréditaire et que, d'autre part, il existe un infantilisme hérédo-syphilitique dont l'un de nous a publié un exemple très démonstratif en collaboration avec Papinia. Dans ce cas, le traitement spécifique a eu de très bons résultats sur l'épilepsie partielle présentée par la malade, mais resta absolument inefficace en ce qui concerne l'infantilisme. Par contre, le traitement thyroïdien a eu sur ce dernier une influence remarquable.

Dans le cas de paralysie juvénile avec persistance des cartilages de conjugaison observée par Joffroy, le traitement thyroïdien détermina un accroissement de la taille d'un centimètre par mois. Ces faits tendent à montrer que des troubles fonctionnels de la glande thyroïde peuvent intervenir dans la production du retard de développement signalé plus haut.

Il est vrai que l'un de nous, en examinant le corps thyroïde d'un malade tabétique amaurotique depuis plusieurs années, dont le système pileux de la face était très peu fourni et qui est mort avec des phénomènes paralytiques, n'a pas trouvé des altérations bien importantes. La glande interstitielle du testicule était, dans ce cas, plutôt pauvre en granulations lipoïdes. Or, ainsi que l'un de nous l'a montré ailleurs, il semble bien que ces derniers ont une part importante dans le développement du système pileux de la face et du corps et leur absence un rôle dans la pathogénie de l'infantilisme.

Dans le cas que nous étudions dans cette communication, le corps thyroïde ne présente pas non plus des altérations importantes. Pourtant des cellules sont surchargées de granulations graisseuses et ont l'apparence endotélioïde. Ce dernier caractère existait d'ailleurs aussi dans le cas de tabo-paralysie signalé plus haut.

Quoi qu'il en soit, il nous semble très probable que les troubles des glandes endocrines doivent avoir leur part dans l'arrêt de développement physique et probablement psychique observé dans les cas de paralysie générale juvénile, bien que d'autres facteurs peuvent également intervenir. Mondor a signalé d'ailleurs l'insuffisance polyglandulaire dans la paralysie générale juvénile.

Parfois la maladie débute par un changement du caractère. C'est ainsi qu'un malade étudié par Raymond, de doux et laborieux qu'il était, devient coléreux et irritable à l'extrême, en même temps que faiblissait son intelligence.

D'autres fois, on observe, dès le commencement, de l'apathie, une fatigabilité exagérée, l'affaiblissement de la mémoire et de l'attention, qui attire l'attention des instituteurs si les malades suivent l'école.

D'autres fois, ce sont surtout les phénomènes somatiques qui dominent, tels que la courbature, l'épuisement musculaire rapide, la paralysie des nerfs craniens (Janssens et Mees), l'hémiplégie. Kraepelin signale la fréquence des mouvements de succion et de mastication.

Marchand, Raymond, Kraepelin insistent sur la fréquence des attaques épileptiformes qui apparaissent brusquement parmi les autres symptômes moins alarmants. Parfois on observe des attaques d'épilepsie partielle. Il en était ainsi dans notre cas. Ces derniers peuvent affecter le type sensitif. Dans le cas de Legrain, au type sensitif de l'épilepsie jacksonienne, il s'ajoutait quelques secousses convulsives. Dans le cas de Strumpell, les premières manifestations de la maladie de Bayle ont été un ictus apoplectique suivi d'hémiparésie, perte de l'attention, puérilisme, etc.

La maladie évolue en général — comme dans notre cas — sous la forme de la démence simple. Pourtant, dans certains cas, on peut observer l'apparition d'idées mégalomaniaques, absurdes et sans systématisation, sans arriver au degré d'exaltation, qu'on remarque dans certains cas de paralysie générale chez l'adulte.

Plus rarement on observe des états dépressifs avec idées mélancoliformes, hypocondriaques, de culpabilité, de damnation ou de persécution avec des états d'agitation, avec inquiétude, des cris, des impulsions motrices (Bjelakow, Westphal, Kraepelin).

Au point de vue somatique, on observe les mêmes troubles que chez l'adulte. On peut observer entre autres de l'incoordination motrice, ataxo-spasmodique (Raymond).

D'après Kraepelin, l'ataxie est parfois si prononcée que les malades doivent garder le lit. Le même auteur signale l'apparition de la contracture des membres supérieurs ou inférieurs. Il a observé, comme Raymond, le signe de Babinski ou la flexion dorsale du gros orteil.

Dans le cas de Leroy (enfant de 11 ans), il existait le clonus du pied et de la rotule du côté gauche.

Pactet (chez un enfant de 19 ans) a vu l'association avec la paraplégie spasmodique.

Perusini a décrit une forme rappelant le syndrome de l'atrophie cérébélo-spinale.

Le signe d'Argyl Robertson de même que l'inégalité pupillaire sont presque constants.

Dans le cas de Bachmann, il existait de l'amaurose.

Les réflexes, plus généralement exagérés, sont diminués ou abolis lorsqu'on se trouve en présence de cas associés au tabès. Apert, Ménard et Lévi, Frankel, Bourneville, Kindberg et Richet ont observé cette association.

—

Notons en passant que Marchand a vu la paralysie générale juvénile associée à l'épilepsie et que Raymond, A. Marie et Rey l'ont vue associée à l'hystérie.

Les troubles objectifs de la sensibilité générale ne sont pas fréquents, car Bachmann les a cherchés en vain dans cinq cas. Plus fréquents sont les névralgies faciales, les fourmillements, les douleurs fulgurantes (association avec le tabès).

Raymond signale des troubles vaso-moteurs. La température est souvent au-dessous de la normale, pouvant présenter des ascensions transitoires. Dans la dernière période, elle peut descendre jusqu'à 30°5, comme dans un cas de Rendu et Voisin. Régis a signalé la possibilité des fractures spontanées.

Au point de vue étiologique, la maladie peut atteindre des individus tarés au point de vue somatique ou psychique.

Mais la cause capitale, comme dans la paralysie générale de l'adulte, reste la syphilis. Alzheimer trouve ce facteur certain ou probable dans 70 % des cas.

Hirschl, sur 20 cas, trouve ce facteur certain dans 17 cas et probable dans un autre cas. Motte (sur 22 cas), trouve la syphilis dans la proportion de 80 %.

Parfois, ainsi que l'observe Kraepelin, on peut observer le tabès ou la paralysie générale chez les ascendants et l'hérédo-syphilis chez les collatéraux. Dans un cas de Raymond, la paralysie générale a suivi une syphilis cérébrale.

Marchand et Petit ont vu la paralysie générale chez une femme de 21 ans qui avait contracté la syphilis à 19 ans.

Brissaud et Gy ont observé la paralysie générale chez le père et la fille; Gautier, chez le fils, de 10 ans, d'une femme tabétique.

Lwoff et Condaminne ont vu une femme atteinte de paralysie juvénile et dont la mère est morte de la même affection. Plusieurs membres de la même famille ont présenté des affections mentales.

Dans le cas de Baudouin et Lévi-Valensi (une jeune fille de 17 ans), les deux parents sont morts de la maladie de Bayle.

Tous ces cas montrent peut-être le rôle de l'hérédité, mais parlent en même temps pour l'étiologie spécifique de la paralysie générale.

Dans notre cas, bien que les antécédents ont été ignorés à ce point de vue, la syphilis est presque certaine, étant données les réactions positives du liquide céphalo-rachidien et surtout la présence de la réaction de Wassermann. Il est plus difficile de savoir s'il s'agit d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise de bonne heure. Mais cette question a moins d'importance.

VI° CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Bruges, 30 septembre au 1 octobre.)

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales

DEUXIÈME PARTIE (Suite)

IV. — **Neurasthénie et psychasthénie**

13. Chasser — ch... forêt . . **1384**
A voulu dire d'abord chasse, inhibition parce que cela ressemblait trop à chasser; a alors cherché forêt.

14. Cadavre — corps mort . **3510**
« *Je ne me suis pas représenté un cadavre, parce que je n'ai pas voulu.* »...

15. Haut — bas **1085**
Verbal.

16. Curé — paroisse. . . . **1421**
(Verbo-automatique.)
« *J'ai pensé à l'expression : le curé de la paroisse; ce n'est pas comme ça que cela devait être?* »

17 1 — 2. . . . . **1786**
Rit. - « *Cela ne veut rien dire; j'aurais dû dire « chiffre » par exemple.* »
Verbal.

18. Voir — zyeux = yeux . . **2321**
« *Quand j'ai vu voir, j'ai voulu dire regarder (je ne l'ai pas dit; pourquoi, je ne sais pas; j'ai cherché une autre réponse, voir avec les yeux.* »

19. Chambre — hôtel . . . **2093**
« *Chambre d'hôtel.* » *Rit.*
Verbal.
Série : Chambre meublée, chambre garnie, luxueuse, saine, froide, chaude, aérée, — c'est tout ce que je trouve, chambre spacieuse, chambre des députés.

20. Intelligent — instruit . . **1778**
N'est pas content de cette réaction; « *parce que ce n'est pas la même chose* ». *(Sic!)*

21. Droit — commun . . . **1490**
« *Nous parlions justement du code.* »

22. Crier — bouche **2848**
« *Cela ne me disait rien au commencement; après je me suis dit : on crie avec la bouche.* »
Série : La criée, voix, forte, parler haut, chanter fort, — gueuler, en gueuler criarde (une femme).
D. : *Qui est-ce cela?*
R. : « *Je ne sais pas.* »

23. Douleur — souffrance. . **1556**
« *Une douleur est une souffrance que l'on a.* »*(Sans émotion.)*

24. Lent — calme. **2838**
« *Quand j'ai dit calme, j'ai eu l'idée que cela ne répond pas suffisamment.* »
Série : lentement, — mollesse, — lenteur.

25. Dégoût — mauvais. . . **4825**
« *C'est venu après un peu de réflexion; on a du dégoût devant le mauvais.* »
(Sans émotion.)
« *Le mot ne m'a pas ennuyé, mais il ne me plaît pas.* »
L... : Dites quelque chose de dé*goûtant :*
R. : « *Je ne sais pas.* »
« *J'ai un dégoût profond pour la matière fécale; voici ce qui m'est arrivé : lorsque j'allais à la selle je doutais toujours si j'étais bien assis sur la selle, je doutais aussi si réellement j'avais eu une selle; alors je regardais très fortement ce que j'avais fait; je cherchais à me représenter constamment cette matière même sur mon assiette. Pour détourner cette obsession je me suis habitué à me représenter du savon chaque fois que je pense à une selle.* »

15 MARS 1911. —16 h. 20.

26. Désir — désirer **2067**
« *C'est venu après réflexion, je me suis tenu ce raisonnement que désir vient de verbe désirer.* »
Série : desiderata, vouloir, envier.

27. Léger — lourd. **2134**
Automatique.

28. Bourgeon — sapin . . . **2336**
« *J'ai pensé à l'arbre, puis au bourgeon de sapin dont on fait de la tisane.* »

29. 1000 — 2000. . . . . . **2784**
Automatique.

30. Batte — combattre . . . **18**
Automatique.

31. Brûlant — chaud **2239**
Automatique.

33. Beau-frère — belle-sœur . **1551**
Automatique.

34. Toujours — longtemps. . **2305**
Automatique.
« *Je ne suis pas content, j'aurais pu dire éternité.* »

35. Conscience — âme . . . **2891**
« *La conscience c'est l'âme de l'individu.* »
Série : consciencieux, remords, honnêteté, consciencieusement, consciencieuse.
(Sans émotivité.)

—

18 MARS 1911. — 15 h. 1/2.

36. Large — long. **2683**
Rit. « *Pourquoi ?* »
« *Parce que j'ai cherché; j'ai cherché l'inverse de large; j'ai répondu long.* »

37. Mort — vivant. **1498**
Rit. Sans aucune impression.

38. 3 — Troyes. **2937**
« *C'était pour varier; je n'ai pas voulu répondre par un chiffre, c'était trop simple.* »

39. Chatouiller — (rit)... pied **713**
Rit. « *Parce que c'est toujours* amusant de chatouiller. »
(L'appareil a déclenché à la réaction mimique.)

40. But — à... . . . . **3875**
« *Je ne sais pas, j'ai voulu dire à atteindre; mais j'ai trouvé que cela ne répondait pas bien.* »
Série : endroit, déterminé, course, promenade, football, chevaux, cycliste, buter, butoir, il but (de boire) — on dit : être en but à la mauvaise humeur de quelqu'un, butin, butte (monticule) (mais nous sortons tout à fait du mot : but.
(Voir réaction 10.)

41. Indigne — indignité. . . **2628**
« *J'ai voulu dire d'abord indigne de quelqu'un, inhibition; après j'ai répondu par un mot de la même famille.* »
Série : indignation, non estimable, non respectable, malhonnête, fautif, valeur, fourberie, mensonge, mauvaise action, calomnie, assassiner, abus de confiance, frapper...
(Voir 10 et 40.)

42. Femme — homme. . . . **1467**
Verbal.

43. Lire — livre **1967**
Automatique.

44. Faim — soif **1195**
Verbal.

45. Lourd — léger. **1559**
Verbal.

46. Fils — **2766**
Rit. « *C'est tellement bête; j'ai pensé à fils à papa. C'était absurde.* »
(Voir 10, 40, 41.)

47. Jeter — pierre. **1801**
Automatique.

48. Crime — assassin. . . . **1804**
Automatique.

49. Pâle — rouge. **1693**
« *J'ai vaguement vu une personne malade, pâle; j'ai pensé que le contraire est dans la rougeur du teint.* »

50. Cerveau — faible. . . . **2042**
Rit. « *J'ai pensé à moi.* »
Quitte le laboratoire en disant : « *C'est très gentil cet exercice-là.* »

22 MARS 1911. — 14 h. 50.

51. 20 — 30 . . . . **1277**
Verbal.

52. Boire — manger **1336**
« *J'ai vaguement entrevu une bouteille.* »

53. Argent — agent de change **2582**
(Rit, et fait ainsi déclencher l'appareil; « je ris quand je suis pris à l'improviste ».
Série: Monnaie, faux-monnayeur, richesse, pauvreté, luxe, médiocrité, dépenser, économe, escroc, bonheur; ajoute: pas toujours.
Verbal.
(Pas de complexus apparent.)

54. Petit — grand. **1302**
Verbal.

55. Aigle — impérial . . . **2023**
Automatique. Notion que cela a à faire quelque chose avec un pays (l'Allemagne).

56. Partout — . . . . . . —
« *Je ne sais pas; j'ai voulu dire ailleurs, mais j'ai trouvé que cela ne veut rien dire.* »
(Inhibition par peur de dire une chose peu adéquate.)

57. Araignée — au plafond. . **1937**
Rit.
L. : « Il n'y en a pas ici, il fait propre. »
R. : « Non, j'ai pensé à moi. »

58. Pourri — pourriture. . . **3287**
« *Le mot me déplaisait. J'ai pensé un peu à un fruit pourri. Et quand j'ai dit pourriture, cela m'a déplu parce que je n'ai pas voulu penser au cadavre.* »
(Voir 14.)

59. Action — de grâce . . . **2007**
« *C'est courant; mais j'ai aussi vaguement pensé à un article sur un curé dans un journal, lu le matin même.* »

60. 5 — euh, 6. . . . . . **3166**
« *J'ai voulu répondre par autre chose, mais je n'ai rien trouvé.* »

61. Tourner — autour . . . **2036**
Série : Tourner, tourisme, touriste, tourniquet, cochon (cochons de bois à la foire).
D. : « *Qu'est-ce qui tourne encore?* »
R. : « *Ma tête.* »
D. : *Et encore?*
R. : *Vélocipède.*

62. Fleur — bois **1805**
(Complétif.)

63. Toi — tutoiement. . . . **2182**
Automatique.
Série : tutoyer, familiarité, coutume, intimité (rit), mariage.

64. Fleuve — Rhône. . . . **2319**
Automatique.

65. Fermer — porte. . . . **1124**
Verbal.

—

2 FEVRIER 1911. — 10 h. 3/4.

66. Bonheur — famille. . . **2001**
« *Parce que l'on trouve son bonheur ordinairement dans sa famille.* »
Série : richesse, misère, malheur, malheureux, heureux.

67. Lui — elle. **1473**
Verbal.

68. Peur — malheur. . . . **4939**
« *Ça ne me dit rien cela, peur.* »
Série : frayeur...
D. : *De quoi a-t-on peur?*
R. : « *Des voleurs.* »
D. : *Et de quoi encore*
R. : « *De la maladie, de l'avenir.* »
(Complexus.)

69. Ami — amie. **2648**
Rit. « *Parce que j'en ai une.* »
(Complexus.)

70. Profond — profonde. . . **1889**

71. Amour — femme. . . . **1661**
« *On a de l'amour pour une femme.* »

72. 2 — 3. . . . . **1234**
Automatique.

73. Tenir — emploi **2133**
« *Tenir un emploi; mais après j'ai pensé que je ne suis pas capable d'en tenir un.* »

74. Gloire — succès **2149**
« *J'ai vaguement pensé à une bataille.* »

75. Nous — eux **1955**
« *Nous, c'est l'opposé d'eux.* »
(Réaction grammaticale.)

Série : « lui, elle, vous, c'est tout ce que je vois. »
76. Glace — froid. **1811**
Automatique.
77. Jamais — toujours . . . **1362**
Automatique.
78 Courir — vite **1670**
« *J'ai vaguement pensé à des coureurs à pied.* »
79. Homme — femme. . . . **1222**
Verbal.
80. Moi — lui **1776**
Automatique.

—

9 AVRIL 1911. — 12 heures.

81. Haine — rancune. . . . **2475**
Série : Chagrin, méchanceté, haineux
82. 4 — 5 . . . . **1216**
Verbal.
83. Nommer — nom **1977**
Verbal.
84. Instinct — animal . . . **2080**
« *Parce qu'un animal a des instincts.* »
D. : *Et l'homme?*
R. : « *Ah non, il n'a pas d'instincts, il a de l'intelligence... ou il n'en a pas.* »
85. Vous — toi. **1211**
« *J'ai répondu par le contraire.* »
86. Volonté — faiblesse. . . **1885**
« *C'est le contraire.* »
D. : *Et vous avez beaucoup de volonté*
R. : *Moi, je n'en ai pas du tout; autrement je ne serais pas au Sanatorium; au moins, si j'en avais eu.*
(Temps relativement court malgré le complexus.)
87 Prendre — échapper. . . **2306**
« *On prend souvent quelqu'un qui vous échappe.* »
(Temps plus long : complexus; le malade est déserteur.)
88. Paix — guerre. . . .**1835**
Automatique.
89. Epais — épaisseur . . . **1590**
—— *Verbal.* « *Je n'ai pas pensé à la signification du mot.* »
90. Paysan — paysanne. . . **1212**
« *J'ai vaguement vu un couple paysan.* »
« *Je ne me suis pas creusé la tête en trouvant ce mot-là.* »

Réflexions : 1) Le malade est très *préoccupé* de donner des réactions satisfaisantes; il est rarement content de ses réponses et croit toujours qu'il aurait pu trouver mieux. (N°s 4, 16, 17, 20, 22, 24, 38.)

C'est cette préoccupation qui fait que :

2) Les *temps* de réaction sont très irréguliers et souvent allongés (n°s 8, 18, 53) ;

3. C'est souvent moins le complexus que la *préoccupation exagérée* de bien faire ou la simple nature émotive du mot qui provoque des *inhibitions* (n°s 6, 10, 13, **14, 25,** 40. 41, 46, 56, **58**) ;

4. *Complexus : a) maladie* (n°s 7, 50, 59, 68) ;
b) désertion (n° 13).

V. — **Hystérie**

Sujet XXVI. — S. A..., 22 ans, célibataire, sans profession. Pas d'hérédité névropathique. — A toujours été très impressionnable. — Phénomènes hystériformes légers pendant la jeunesse. Est hypnotisable. Depuis trois ans obsessions : croit que tout le monde se moque d'elle, s'imagine que les gens parlent d'elle entre eux; devient mélancolique, pleure. Questionnée, elle se rappelle que la première fois que ces obsessions lui sont venues, c'est à propos d'un jeune homme qui avait l'air de se moquer d'elle en parlant à une jeune fille. — En réalité, elle aime ce jeune homme et sa pensée subconsciente ne la quitte pas depuis trois ans. Les réactions suivantes font bien ressortir la constellation

de sa mentalité par ce complexus sexuel, alors qu'elle croit que le jeune homme en question lui est devenu parfaitement indifférent et qu'elle déclare le rencontrer sans éprouver la moindre émotion. La malade avoue avoir eu souvent, avant ses obsessions, des rêves amoureux se rapportant à ce jeune homme; depuis qu'elle a cru voir qu'il se moquait d'elle en parlant à une autre, ces rêves ne surviennent plus.

31 MAI 1911. — 14 h. 1/2.

a) Feuille — arbre. . . . . —
« Parce que les feuilles poussent sur les arbres. »

b) Froid — hiver. . . . . . —
« Parce que l'hiver est une saison où il fait froid. » Sans représentation visuelle.

c) Frère — parent. . . . . —
« Frère est un parent. »

d) Cracher — salive . . . . —
« Ordinairement, quand on crache, c'est de la salive. »
Série : bile.

e) Garçon — enfant. . . . **4103**
Série : Fille, jeune homme, célibataire, amoureux (longtemps après).
D. : *A quel garçon avez-vous pensé?*
R. : *« A personne de spécial. »*
(Le sujet rougit; émotion manifeste; complexus; temps long.)

f) Tête — bouche. **2818**
« La bouche est dans la tête. »
Série : œil, nez, oreille, cerveau, crâne, longue mâchoire.
Série avec : « bouche » : langue, dents, palais, lèvres, pharynx; et il n'y a plus rien dans la bouche. » (Se réfugie dans l'énumération.)

g) Cousin — famille. . . . —
(A peu près 12".)
Série : frère, sœur, tante, nièce. Je voyais le mot, et rien ne m'est venu. »
Complexus (?).

h) Rouge — couleur. . . . **1937**
Vague représentation d'une couleur rouge.

i) Chagrin — larme. . . . **1501**
« Souvent quand on a du chagrin, on verse des larmes. »
(Réaction verbale malgré le complexus.)

k) Haut — maître. **5383**
Représentation visuelle d'une maison haute (quelconque) et pensé à un mètre pour la mesurer.
Série : plafond, clocher, roi et empereur.

l) Curé — soutane. **1556**
(Représentation vague d'un curé en soutane. »

m) Voir — yeux **1705**
« Les yeux sont les organes de la vue. »

n) Chambre — lit **11546**
« Lit c'est un meuble qu'on met dans une chambre à coucher. »

o) Crier — voix. **2152**
« On crie avec la voix. »

p) Douleur — épreuve. . . **6287**
«Souvent la douleur vient d'une épreuve. J'ai pensé à chagrin, mais je ne l'ai pas dit, parce que je l'ai dit tantôt. »
« Pas pensé à moi. »
(Voit litt. i.)

q) Dégoût — nausée. . . . **7236**
«J'ai pensé à moi, parce que le matin j'ai souvent des nausées avec des maux de tête. »
Série : araignée, rat.

r) Désir — rêve **2590**
« Souvent on a des désirs, on dit que ce sont des rêves. »
Série : fortune, bonheur, paix; à « rêve » : sommeil, agitation.
(Voir anamnèse.) —

s) Mort — enterrement. . . —
(Temps court.)

t) Indigne — mauvaise conduite **6455**
« La mauvaise conduite rend vent indigne. »
Série : incorrigible, méchant.
Temps long. Complexus.

u) Toi — moi **5261**
(Ton gêné.)

« *Je n'ai pensé à personne.* »
D. : *A quoi pourrait-on penser?*
R. : « *A une amie.* »
(Complexus évident, dissimulation.)

v) Bonheur — le calme. . . **2780**
« *Parce que je pense qu'on doit être heureux, quand on est calme. C'est toujours à moi que cela se rapporte.* »
(Complexus; remarquer le mot toujours.)

w) Lui — Robert **20,980**
(Inhibition affective très interne; le nom est dit très bas et avec émotion; temps très long à remarquer.)

x) Ami — affection **5349**
« *Souvent quand on a un ami, on a de l'affection pour lui.* »

y) Amour — amant **7412**
Ton gêné.

z) Pleurer — larme **2952**

Réflexions. — 1. A part quelques réactions indifférentes, tous les mots ont touché le complexus sexuel; la malade reconnaît, au cours des expériences, et devant l'inhibition intense provoquée par certains mots, la nature des pensées qui l'obsèdent et l'origine de ses chagrins:

2. Stupeur affective avec temps très allongé à la réaction W. (Emotioneller Stupor.) (Jung.)

L'examen expérimental a permis de montrer à la malade l'origine exacte des troubles obsédants, dont elle avait perdu la notion.

VI. — **Névrose traumatique**

Nous n'avons examiné que deux cas de cette affection, dont les types correspondent précisément à ceux signalés par Pototzky (voir page 18) : l'un manifeste une émotivité très intense pour tout ce qui touche à l'accident et à la maladie qu'il a provoqué; l'autre y est indifférent.

Sujet XXIX. — V. J., 46 ans, mariée, *sans enfants*, voyageuse de commerce.

Accident de chemin de fer il y a deux ans : projetée contre la paroi du compartiment; hématome à la tête, perte de connaissance de quelques heures.

Depuis lors, phénomènes hystériformes : tremblements, hyperesthésie, céphalalgie souvent violente, transpirations profuses, pas de signes somatiques; a eu des *vomissements*, des épistaxis, qui surviennent encore de temps à autre. — Caractère hystérique, très irritable, très labile, tient beaucoup à ce qu'on s'occupe d'elle.

12 NOVEMBRE 1910. — 10 h. 30.

1. Blad — papier. **3491**
Verbal.

2. Koud — warm. **2970**
Automatique.

3. Broeder — zuster. . . . **4069**
Automatique.

4. Spuwen — gieten . . . **8299**
A lu sproeien : l'erreur de lecture s'explique par le complexus maladie.
Presque synonyme.
Automatique.

5. Jongen. — . . . . —
Pas de réaction. Impossible de dire pourquoi?
Complexus.
Après cela : tremblement et mal de tête.
Veut cesser et rentrer dans son lit.

—

18 MARS 1911. — 17 h. 3/4.

6. Recht — krom. . . . . —
« *Als u recht ziet staan dan denkt ge aan krom of mank.* »

7. Schreeuwen — krijten . . **7404**
Sans explication.
8 Pijn — verdriet. . . . **11,099**
« *Quand j'ai mal j'ai du chagrin; j'ai pensé à moi-même.* »
9. Traag — rap. **6185**
« *Eh bien, rap est le contraire de lentement.* »
10. Walging — . . . . —
« *Ik kan daarop niets zeggen.* »
(Le sujet s'agite, demande à partir; voir anamnèse.
11. Lust — begeeren . . . **10,251**
Inhibition émotive; la malade déclare qu'elle en a **assez**, *et veut partir.*

Réflexions. — 1. *Réactions* qualitativement *normales; temps allongé;*
2. *Émotivité* très forte. *Inhibition* à certains mots critiques;
3. *Complexus : a*) maladie; accident (4, 8, 10);
b) stérilité (5).

VII. — **Paranoïa**

Sujet XXXI. — R. E., 39 ans, commis, célibataire. — Depuis plus de dix ans, délire paranoïaque : idées de grandeur, inventions; ses ennemis l'ont fait interner pour l'empêcher de réaliser ces dernières. Il est surveillé par la franc-maçonnerie. Le malade est tranquille depuis quelques années et peut jouir d'une liberté relative. Il passe en général auprès de ses compagnons de traitement pour être tout à fait normal. Ce n'est qu'au médecin qu'il confie encore de temps à autre ses idées délirantes, et qu'il raconte que certaines personnes *crachent* ou bâillent devant lui pour « se moquer de lui ». Il attend avec patience la solution de la question de ses inventions. Le malade n'a pas d'hallucinations.

9 NOVEMBRE 1910. — 10 h. 15.

1. Feuille — papier. . . . **1426**
Automatique.
2. Froid — chaud **882**
Verbal.
3. Frère — sœur. **1564**
Verbal.
4. Cracher — . . . . —
Pas de réaction.
« *Pas de sensation désagréable; je n'aime pas voir cracher les autres.* » *(Complexus : Le malade croit souvent qu'on crache devant lui pour l'ennuyer.)*
5. Garçon — fillette. . . . **2624**
Réaction après réflexion.
6. Blanc — noir **1477**
« *C'est venu après réflexion.* »
Automatique.
7. Tête — corps **1794**
« *J'ai pensé à la tête et vu le reste du corps après.* »
8. 60 — 100 . . . . **1591**
Verbal.
9. Cousin — cousine . . . **1156**
10. Rouge — vert. **2537**
Automatique.
11. Chagrin — . . . . —
« *Je n'ai pensé à rien, je suis resté interdit devant le mot.* »
(Complexus certain.)
12. Là — ici. **2217**
Notion d'adverbe; mimique : montre : là et ici (geste).
13. Chasser — pêcher . . . **1675**
« *J'ai pensé à un autre sport.* »
Automatique.
14. Cadavre — cervueil. . . **2596**
« *Je me suis représenté un cadavre quelconque enfermé dans un cervueil.* »
Sensation plus ou moins désagréable.
15. Haut — bas **1009**
Notion de hauteur.
Automatique.

—

27 NOVEMBRE 1910.

16. Curé — prêtre. **1626**

« J'ai pensé à la religion et vu un prêtre habillé en soutane et tricorne. »

17. 1 — chiffre **3033**
Embarrassé, ne trouve rien, puis dit : chiffre.

18. Voir — vision. **2500**
« J'ai lu le mot et cherché par raisonnement un mot s'y rapportant; vision est venu. »

19. Chambre — maison. . . **1792**
« Je me suis représenté une chambre quelconque, nue et sans meubles; puis pensé à maison. »

20. Intelligent — . . . . . . —
« Répète doucement le mot et hausse les épaules, en disant : « il ne vient rien ». (Complexus : maladie mentale.)

21. Droit — cron **1646**
Automatique.

22. Crier — se taire. . . . **1774**
« Il me semblait entendre un cri. » (Représentation auditive d'un cri.)

23. Douleur — souffrance . . **1638**
« J'ai vu un malade qui souffre (sur un lit). »

24. Lent — prompt **1829**
Automatique.

25. Dégoût — . . . . . . —
« J'ai la sensation de dégoût; c'était désagréable. »

26. Désir — espérance . . . **1445**
Automatique.

27. Léger — lourd **1118**
Automatique.

28. Bourgeon — feuille. . . **2409**
N'a pas bien lu; a lu d'abord bourgon qui ne lui disait rien. Image visuelle d'un bourgeon sur un arbre.

29. 1000 — nombre **3431**
Interloqué : «Ça ne me dit rien.»

30. Battre — paix. **2065**
Représentation d'une bataille; le mot paix est venu immédiatement.

31. Brûlant — froid **1814**
« J'ai eu une sensation de chaud, puis celle du froid. »

32. Laid — joli **1068**
Automatique.

33. Beau-frère — sœur. . . **1876**
« Le beau-frère est le mari de la sœur. »

34. Toujours — jamais. . . **1411**
Automatique.

35. Conscience — mémoire . **2149**
Automatique avec notion de la signification du mot

—

4 DECEMBRE 1910. — 11 heures.

36. Large — étroit **1391**
Représentation de la largeur d'une pièce d'étoffe (visuelle). Pas vu la couleur.

37. Mort — vivant **1120**
« J'ai vu un cadavre sur une table. »
Automatique.

38. 3 — 4. . . . . **1769**
« Ça ne me disait rien, j'ai continué à compter. »

39. Chatouiller — pincer . . **1909**
Automatique.

40. But — arrêt **2007**
« J'ai pensé au point d'arrêt »

41. Indigne — . . . . . . —
« Rien ne me vient. » (Rit!)
Série : méritant, élogieux, héroïque. « Moi, je suis indigne, je suis un être nul et inutile. » (Complexus évident.)

42. Femme — homme. . . . **1102**
Verbal.
(Surajoute des associations d'ordre sexuel.)

43. Lire — écrire **2055**
« J'ai vu un livre; l'action l'écrire est venue ensuite. »

44. Faim — **1372**
Automatique.

45. Lourd — léger. **1503**
Automatique.

46. Fils — fille **1416**
Automatique.

47. Jeter — attraper **8966**
Réfléchit longtemps : « Attraper est venu, quand on jette, l'autre attrape. »
Série : Cueillir, chercher, qu'est-ce qu'on jette? une pierre, les détritus, son froc par dessus les orties. (Complexus proba-

blement en rapport avec des idées délirantes.) —

48. Crime — meurtre. . . . **1582**
Automatique

49. Pâle — rouge **1297**
Automatique

50. Cerveau — cervelle. . . **1478**
Automatique.

—

10 DÉCEMBRE 1910. — 11 heures

51. 20 — 22 . . . . **4733**
« *Des chiffres comme cela sont déjà venus; j'ai répondu le premier chiffre qui m'est passé par la tête.* »

52. — Boire soif **1279**
Automatique.
Image visuelle d'un « demi » litre de bière sur une table.

53. Argent — monnaie . . . **1340**
Automatique.

54. Petit — grand. **886**
Verbal.

55. Aigle — oiseau **1857**
Image visuelle d'un aigle en plein vol.

56. Partout — nulle part. . **2245**
« *C'était vague indéfini.* »

57. Araignée — toile. . . . **1843**
« *J'ai vu une araignée au milieu de sa toile. Ce n'était ni dans un coin ni nulle part!* » *Notion d'un concept général. (Begriffsvorstellung.)*

58. Pourri — gâté. **1286**
Automatique.

59. Action — obligation. . . **8057**
Mimique : «Qu'est-ce que ça veut bien dire? Action, acte, action de faire, ça ne m'a rien suggéré, puis est venu action de ville et j'ai dit obligation. »

60. 5 — 6 . . . . **781**
Automatique

61. Tourner — t... terre. . . **5711**
Embarrassé d'abord, puis a pensé: la terre tourne; (en disant terre, image visuelle d'un «globe terrestre» employé dans les écoles).
(T... signifie tête inhibé.)

62. Fleur — arbre. **2324**
« *J'ai vu un arbre en fleurs.* »

63. Toi — moi **1325**
Verbal.

64. Fleuve — rivière **1048**
Automatique.

65. Fermer — ouvrir. . . . **1214**
Automatique.

—

15 JANVIER 1911.

66. Bonheur — malheur . . . **1573**
Ça ne me disait rien; j'ai dû chercher, je suis resté interdit. »
Série: Infortune, heureux, agréable, désagréable. « *Je n'en trouve plus.* »

67. Lui — elle **1676**
« *C'est venu rapidement me semble-t-il, je n'ai pensé à rien.* »
Notion d'un pronom de la grammaire.

68. Peur — franchise **2342**
Automatique.

69. Ami — ennemi. **2353**
Automatique.

70. Profond — . . . . —
« *Rien qui vient... profondeur; je me suis représenté un puits profond, une excavation.* »
Série :« *Profondeur, excavation, puits, fosse, bougnou (wallon);* **c'est tout.** »
(Le mot a touché un complexus délirant sans affectivité apparente.) — —

71. Amour — chagrin. . . . **2333**
« *Pas d'impression désagréable; plutôt surprise de voir le mot.*»
Série : fidélité, infidélité, constance, inconstance, chagrin, désespoir, amour sacré de mes bretelles, amour, délices et orgue.

72. 2 — 1 . . . . **920**

73. Tenir — lâcher. **1249**
« *J'ai pensé à tenir une mouche et à la lâcher.*» *(Automatisme.)*

74. Gloire — prospérité . . . **1313**
Automatique

75. Nous — vous **970**
Verbal.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

LE 606

dans les maladies nerveuses et mentales (1)

par J. CROCQ

Parmi les méthodes de traitement occupant en ce moment les esprits sérieux, il n'en est pas de plus intéressantes que celle préconisée il y a un an par Ehrlich. Imprécise au début, cette méthode est actuellement entrée, grâce aux recherches d'innombrables savants, dans la phase d'application courante; elle est devenue classique et j'ose dire qu'elle constitue une grande découverte thérapeutique dont la médecine *et surtout la neuro-psychiatrie* ne peuvent plus se désintéresser.

Comme antisyphilitique général, le salvarsan est, de l'avis de tous les syphiligraphes, supérieur au mercure. Bayet, qui s'est montré dès le début très prudent dans l'appréciation des résultats merveilleux obtenus à l'aide du 606, déclare, dès le mois de novembre 1910, que « l'arséno-benzol constitue un agent antisyphilitique des plus importants, ayant une action des plus nettes sur les spirochètes et sur les lésions de la syphilis; que ce soit à la période secondaire ou à la période tertiaire, il agit d'une façon des plus évidentes et développe une remarquable énergie contre les manifestations de la syphilis » (2).

La supériorité de l'arséno-benzol sur le mercure n'est pas contestable; non seulement ce produit guérit les lésions résistant au traitement mercuriel, mais encore, fait beaucoup plus important, le 606 peut faire disparaître la réaction de Wassermann que le mercure paraît incapable de modifier sérieusement. Je donne de nouveau la parole à mon collègue Bayet : « Il (le salvarsan) donne la possibilité de stérilisation dans les cas de syphilis primaires et avec d'autant plus de certitude que ces syphilis primaires sont plus jeunes. Le mercure, s'il a jamais pu prétendre la réaliser, — ce qui ne nous est pas prouvé, — ne lui est nullement comparable. »

Cette supériorité du 606 sur le mercure dans la syphilis primaire est intéressante à connaître pour les neurologistes et les psychiatres auxquels elle fait présager une action analogue dans les syphilis secondaire et tertiaire.

---

(1) Extrait du discours d'ouverture du VIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie (Bruges, octobre 1911). (Extrait du *Journ. méd. de Bruxelles*, 26 oct. 1911.)

(2) BAYET. L'état actuel de la question de l'arsénobenzol dans le traitement de la syphilis. (*Journal Médical de Bruxelles*, n° 50, 1910.)

Les recherches dans le domaine des maladies cérébro-spinales ont été plus laborieuses que dans la syphilis banale; la cause en fut à Ehrlich même, qui se montra d'une prudence telle qu'il découragea un grand nombre de chercheurs. Je fus de ce nombre : j'ai publié ailleurs (1) l'observation d'un cas très grave de méningite ventriculaire séreuse simulant une tumeur cérébrale, dans lequel Ehrlich n'osa pas se prononcer : « Dans la syphilis banale, me dit ce savant, les résultats sont miraculeux, mais dans les complications cérébrales, nous avons observé des aggravations et même des terminaisons fatales. Je ne puis prendre sur moi de vous conseiller le 606 dans le cas présent; veuillez vous adresser à M. Alt qui l'a appliqué dans son asile. »

Le professeur Alt, auquel je soumis le patient, fut très circonspect; il examina soigneusement mon malade, conféra longuement avec moi et ne m'autorisa à injecter que 20 centigrammes *sous la peau* après avoir soumis le malade à un régime léger et déchloruré pendant quinze jours. Depuis j'ai injecté à ce même malade 40, 60 et 80 centigrammes sans régime préalable et sans complication aucune. Mais il me fallut trois mois pour arriver à la conviction que les doses élevées sont inoffensives et qu'elles sont nécessaires pour obtenir des résultats réels. Je suppose que les autres expérimentateurs ont passé par la même phase de tâtonnement et ont eu, comme moi, leur opinion différée à cause du scepticisme d'Ehrlich.

Les craintes d'Ehrlich ne se sont heureusement pas justifiées; il paraît aujourd'hui démontré que les cas de mort ne sont pas directement dus à l'action toxique de l'arsénobenzol. Dans une revue générale, Pelissier (1) relève 27 cas mortels; 13 fois la mort résulte des progrès naturels de la maladie; les autres patients étaient atteints de néphrite, de diabète et surtout de lésions cardiaques et aortiques.

Un de ces cas de mort, rapporté par Frenkel et Gronsen, est particulièrement intéressant parce qu'il concerne un malade ne présentant aucune tare organique quelconque. Il est bon de remarquer, et nous reviendrons sur ce fait plus tard, qu'on pratiqua une injection *intraveineuse* d'une solution acide et concentrée (0,40 de salvarsan dans 15 centimètres cubes de dissolvant).

Pelissier conclut que les contre-indications du salvarsan sont : les altérations du cœur et des vaisseaux, les troubles bulbaires et méningo-médullaires cervicaux, les lésions du rein et du foie. Je pense qu'il faut être moins craintif et que ces maladies ne consti-

---

(1) CROCQ. Un cas de syphilome cérébral avec méningite séreuse ventriculaire. (*Journal de Neurologie*, n° 10, 20 mai 1911, p. 181.)

(2) PÉLISSIER. L'emploi du 606 dans les affections du système nerveux d'origine syphilitique. (*L'Encéphale*, n° 7, 10 juillet et 10 août 1911, p. 136.)

tuent des contre-indications que lorsqu'elles sont très accentuées. Pour ma part, je n'ai jamais vu d'accident et je pense qu'*avec les données actuelles,* la toxicité de l'arséno-benzol est devenue négligeable. C'est l'avis de Bayet qui, après un très grand nombre d'essais, dit : « On pourrait croire que des doses aussi considérables soient de nature à troubler profondément l'organisme et à faire naître des accidents tels que ceux observés dans l'emploi d'autres corps arsénicaux. Il n'en est rien. »

Je pense qu'en pratique, à part l'existence de lésions organiques *graves* du cœur, du rein ou du foie, on peut appliquer sans arrière-pensée le traitement d'Ehrlich ; une seule condition me paraît nécessaire, et elle est d'une importance capitale, c'est d'observer certaines précautions dans le mode d'administration et de tenir compte de certaines données dont je parlerai plus loin.

Mais les accidents mortels ne sont pas les seuls qui aient été imputés au 606 ; il y a encore ce que l'on a appelé les *accidents névrotoxiques* ou mieux les *neurorécidives*. Vous savez qu'on désigne sous ce nom les accidents nerveux disparates qui ont été observés après la piqûre : Bohac et Sobotka, Eitner ont signalé la rétention d'urine, Siekind, Walkerhoffer ont vu la paralysie des péroniers ; Pick, une polynévrite ; Bethmann et Meyer, une éruption zostériforme. Mais c'est surtout dans le domaine des ners craniens que les accidents ont été signalés et, par ordre de fréquence : dans le nerf acoustique (77), le nerf optique (44), le facial (25), le moteur oculaire commun (11), le moteur oculaire externe et le pathétique (8).

C'est la névrite optique qui attira surtout l'attention, et certains auteurs n'hésitèrent pas à attribuer cette lésion à l'action toxique de l'arséno-benzo[1] (Finger, Rille et Bunckle). Il paraît toutefois démontré aujourd'hui que ce produit est sans toxicité aucune pour le nerf optique (de Lapersonne et Leri, von Grosz, Wechselmann et Sellingsohn, Arning, Laut, Fordyce, Neisser, Neuhaus, Igersheimer, etc.). D'ailleurs les lésions optiques observées étaient inflammatoires et non toxiques et purent s'améliorer ou guérir par de nouvelles piqûres de 606. Ce fait s'est vérifié pour d'autres neurorécidives qui ont été favorablement influencées par le salvarsan. C'est en se basant sur ce fait que Desneux et Dujardin (1) ont attribué ces accidents, non pas à l'action toxique du salvarsan, mais à son insuffisance d'action ; ils dépendraient d'une stérilisation insuffisante de l'organisme et constitueraient de pures récidives syphilitiques. Bayet (2) se rallie à cette hypothèse et dit :

---

(1) DESNEUX et DUJARDIN. Les neuro-récidives après traitement de la syphilis par le salvarsan. (*Munch. med. Woch.*, n° 23, 6 juin 1910, p. 1245.)

(2) BAYET, DUJARDIN et DESNEUX. Le traitement de la syphilis par l'arsénobenzol. (*Journal méd. de Bruxelles*, n° 27, 1911.)

« Remarquons que ces accidents (nous en avons observé onze cas) se produisent : 1° dans des cas de syphilis déjà fortement généralisés et surtout dans des cas de syphilis grave (4 cas de chancres céphaliques) ; 2° après un traitement manifestement insuffisant pour amener la guérison radicale (moins d'un gramme de salvarsan ; 3° ils se produisent à un moment suffisamment éloigné de l'injection (plusieurs semaines ou plusieurs mois après celle-ci) pour que le médicament soit complètement éliminé, si bien que les spirochètes, échappés à la destruction, peuvent repulluler.

» Ces accidents sont donc de *pures récidives syphilitiques.* »

Pour expliquer l'augmentation du nombre des neuro-récidives depuis l'application du 606, Bayet, Dujardin et Desneux expriment une opinion intéressante :

« Si, dans un organisme infecté récemment, disent ces auteurs, on parvient, par un moyen spirillicide puissant, à détruire brusquement la presque totalité des spirochètes qu'il héberge, on le prive, du même coup, de la cause qui provoque et entretient cette défense relative contre la pullulation des spirochètes restants.

» Les rares foyers de spirochètes protégés par leur localisation contre ce moyen destructeur, après une période plus ou moins longue de latence, reprendront leur activité, *mais cette fois sur un terrain à peu près neuf;* les manifestations qu'ils vont provoquer seront plus accentuées que celles que l'on observe dans la syphilis non traitée par l'arséno-benzol.

» La puissance d'action bactéricide de l'arséno-benzol permet de réaliser ces conditions de stérilisation presque complète.

» Les papules chancriformes que l'on voit apparaître parfois à la suite de l'emploi d'une dose modérée de salvarsan et après rétrocession de tous les symptômes d'une syphilis primaire ou secondaire au début, sont, d'après ceci, des récidives spécifiques en terrain presque totalement stérilisé et dont les modifications générales déjà acquises au moyen de l'injection de salvarsan ont eu le temps de disparaître.

» Par analogie avec ces faits tangibles à la peau, ont peut admettre à priori que des phénomènes du même ordre peuvent se passer dans les organes profonds, notamment dans les méninges.

» Il ne nous paraît pas douteux qu'un bon nombre de neurorécidives relèvent d'un tel processus.

» Les méninges, comme la peau, sont une des localisations ordinaires des spirochètes à la période secondaire, mais ceux-ci n'y déterminent, le plus souvent, que des manifestations frustes révélées par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

» Les foyers de spirochètes de ces localisations repullulant en terrain redevenu artificiellement neuf sous l'action de l'arsénoben-

zol, doivent y déterminer des manifestations méningitiques d'une importance inusitée, et que l'on ne rencontre que dans de rares cas de syphilis, lorsque celle-ci n'a pas été violemment détournée de son évolution habituelle. »

Cette théorie me paraît actuellement la plus plausible. Quoi qu'il en soit, un fait ressort clairement de l'ensemble des recherches les plus récentes : c'est què le salvarsan, *bien administré,* est par lui-même inoffensif et que les neurorécidives sont dues non pas à sa toxicité, mais bien au virus syphilitique.

***

Maintenant que nous avons fait justice des accidents mortels et nerveux imputés au 606, voyons quels sont les résultats que l'on est en droit d'attendre de ce précieux moyen thérapeutique.

Ces résultats sont actuellement très nombreux et, j'ose le déclarer dès maintenant, très encourageants : les *gommes* du système nerveux et la *méningite gommeuse* disparaissent rapidement par l'emploi du 606, et avec elles tout le cortège de symptômes qu'elles peuvent provoquer : céphalalgies, vomissements, vertiges, troubles de la parole et de l'écriture, accès épileptiformes (Treupel, Levi, Marinesco, Schmidt, Fraenkel).

D'une manière générale, les *syndromes méninges* d'origine syphilitique sont influencés très favorablement (Meyer, Pick, Hugel, Sicard). Il en est de même des *troubles dysarthriques de la parole* (Neuhaus), des *paralysies faciales* (Montesanto, Marcus), des *paralysies oculaires* (P. Marie, Leri et Barré, Treupel et Levi, de Lapersonne)et même des *névrites optiques.* Malgré les craintes qu'ont fait naître certaines neurorécidives, il est aujourd'hui établi que le 606 agit favorablement sur le nerf optique, qu'il peut le guérir ou tout au moins l'améliorer (Herscheiner et Schonnefeld, Hirsch, Schmidt, Wechselmann, Siskind, Treupel et Levi). On a obtenu des succès dans l'*hémiplégie récente* (Siskind, Schmidt, Hirsch, Marinesco, Werther), dans l'*aphasie* (Hans-Ritter, Selmalen, Willinge, Dind), dans la *paraplégie* (Sicard et Bloch).

Et dans un grand nombre de ces cas, le salvarsan se montra d'une supériorité évidente au mercure et à l'iode.

Dans le *tabès incipiens,* les résultats sont indiscutables (Friedlander, Ziller, Marinesco, Mac Donagh, Sicard et Bloch, Leredde, Marcus). Dans le *tabès établi,* les succès sont peu nombreux : seuls l'état général et les douleurs paraissent favorablement influencés (Pélissier, Treupel, Oppenheim, Pick, Bayet et Jacques, Saenger). Cependant Wechselmann, Friedland, Nagelschmidt, Rechfeld ont observé des améliorations sérieuses ; Sicard, Neuhaus ont vu diminuer les *troubles sphinctériens ;* Dobrowitch, Jacques et Bayet, Sicard et Bloch, Neuhaus, Werther, Isaac, Koop ont noté l'amélioration de l'ataxie.

On a signalé la réapparition du réflexe patellaire (Isaac, Marcus) ainsi que la disparition du signe d'Argill-Robertson (Bayet, Marinesco, Sicard et Bloch, Neuhaus, Taege).

Dans la *paralysie générale,* comme dans le tabès, les résultats ont été très différents suivant les cas et suivant l'âge de la maladie. Alt, Taege, Hans Willinge, Marcus, Schmidt, Dobrowitz, A. Marie, Werther, Treupel ont observé des améliorations de l'état général et même de l'état psychique et de la dysarthrie.

Récemment, Soukhanoff (1) a signalé des effets analogues : il conclut qu'au début de la maladie, le salvarsan peut donner une amélioration notable de l'état physique et psychique; dans la période d'état, on ne doit s'attendre qu'à une amélioration de l'état général; à la période terminale, le 606 n'a plus aucune influence sur la maladie.

Si l'on étudie attentivement les résultats obtenus jusqu'à ce jour, on se rend immédiatement compte de l'action puissante du 606, dans les localisations nerveuses de la syphilis; il est incontestable, et cela ressort clairement de plusieurs observations, que *ce produit possède une action de beaucoup supérieure à celle du mercure et de l'iode.* L'action du salvarsan paraît puissante chaque fois qu'il existe des lésions syphilitiques réelles, telles que gommes, troubles circulatoires, congestions dues directement au spirochète; cette action paraît au contraire nulle, ce qui est du reste parfaitement logique, lorsque les lésions sont dégénératives, lorsqu'il y a des foyers de ramollissement, des scléroses du système nerveux.

En partant de ce principe, on pourrait, à priori, croire que le salvarsan ne doit être employé que dans les manifestations primaires de la syphilis nerveuse; il n'en est rien, les observations des auteurs prouvent surabondamment que ce produit peut être utilement employé dans les manifestations secondaires et même tertiaires. Ce fait ne peut nous étonner; nous savons, en effet, que la virulence peut persister, malgré un traitement mercuriel bien conduit, pendant quinze, vingt ans et davantage; la réaction de Wassermann nous indique, dans ces cas, la persistance de l'infection et je crois pouvoir déclarer qu'aussi longtemps que persiste cette réaction, les spirochètes restent virulents et peuvent intoxiquer le système nerveux. L'effet indiscutable du salvarsan sur la réaction de Wasserman, sujet dont je parlerai tout à l'heure, prouve que ce produit possède une action spécifique sur les syphilis même très anciennes. Quoi d'étonnant dès lors que ce produit puisse agir favorablement

---

(1) SOUKHANOFF. Le salvarsan dans les maladies mentales. (*Journal de Neurologie,* 20 juillet 1911, n° 14, p. 262.)

dans les syphilis secondaire et tertiaire? Ce n'est donc pas l'ancienneté de l'infection qui doit nous guider pour établir les indications de ce traitement, mais plutôt la nature des lésions qu'elle a produites; ces lésions sont-elles dégénératives, le salvarsan ne pourra les améliorer; sont-elles au contraire franchement syphilitiques, le salvarsan aura sur elles une action favorable. Et si les résultats sont si différents, c'est justement parce que ces deux ordres de lésions coexistent généralement dans les cas qui nous occupent. Avons-nous affaire à une gomme, manifestation franchement syphilitique, nous assistons à la rétrocession très rapide de la tumeur et des symptômes si graves qu'elle peut entraîner dans la boîte cranienne; s'il s'agit d'une méningite, même résultat s'il n'y a encore aucune lésion dégénérative; y a-t-il une paralysie d'un nerf cranien par congestion des tissus avoisinant les cylindraxes, on obtiendra un résultat analogue; mais si les fibres nerveuse sont déjà dégénérées, le résultat ne sera que partiel. Dans le tabès incipiens, là où les lésions dégénératives sont peu importantes, on observe des améliorations très sérieuses, et même dans le tabès à la période d'état, les douleurs, dues à la compression des racines par les méninges rachidiennes tuméfiées, diminuent et disparaissent; l'ataxie s'améliore, si elle est due en partie à des phénomènes congestifs analogues, entretenus par le spirochète.

Dans la paralysie générale, nous observons des faits semblables : dans la période initiale, l'amélioration peut être telle que le malade peut paraître guéri : il en fut ainsi chez deux malades de Soukhanoff et chez trois de Hans Willinge qui purent quitter l'asile. C'est qu'à cette période il n'y a encore que des troubles circulatoires des méninges et de l'écorce et que ces troubles peuvent être combattus par le salvarsan. Au contraire, dans la période d'état de la paralysie générale, le traitement ne produit plus qu'une amélioration de l'agitation, une diminution des troubles psychiques et une amélioration notable de l'état général, parce qu'il ne peut atteindre les lésions destructives et qu'il se borne à agir sur les phénomènes circulatoires et toxiques.

***

Tous les cas que j'ai observés sont conformes à ces principes et je n'hésite pas à dire qu'ils sont des plus encourageants.

Chez le malade dont j'ai parlé à la Société de Neurologie, atteint de gomme cérébrale avec méningite séreuse, hémianopsie et symptômes graves de compression cérébrale, l'amélioration obtenue par la craniectomie et par les piqûres de cacodylate de soude à haute dose s'accentua progressivement par des injections répétées de salvarsan; il persistait chez ce sujet un certain degré d'incoordination motrice et une incontinence d'urine qui ont actuellement presque

complètement disparu. L'hémianopsie seule persiste intacte, parce qu'elle est due à une lésion destructive de la bandelette optique résultant de la compression exercée par la gomme. Les piqûres mercurielles n'avaient donné aucun résultat.

La réaction de Wassermann reste faiblement positive, mais le patient n'a encore reçu que 2 gr. 40 de salvarsan en quatre piqûres (une de 20 centigrammes, une de 60 centigrammes et deux de 80 centigrammes).

Chez un autre malade âgé de 22 ans, infecté il y a deux ans, ayant présenté subitement une céphalalgie intense, des vomissements, des troubles visuels avec papille de stase, une piqûre de 60 centigrammes de 606 provoqua, en quatre jours, la disparition de tous les phénomènes; les piqûres furent ensuite répétées quatre fois d'abord après un mois, puis toutes les six semaines, pour éviter toute récidive.

Un syphilitique d'ancienne date, âgé de 39 ans, infecté il y a douze ans, m'arrive, présentant depuis deux mois une névralgie atroce du trijumeau; il a subi sans succès les injections d'huile grise. Une piqûre de 60 centigrammes de 606 le guérit en dix jours. Comme dans le cas précédent, la piqûre fut répétée encore quatre fois, d'abord après un mois, puis toutes les six semaines.

Un autre malade, âgé de 44 ans, infecté il y a trois ans, présente une hémiplégie droite progressive avec aphasie, sans ictus, ayant mis une quinzaine de jours à se développer; il y a exagération des réflexes tendineux et Babinski à droite. L'affection est stationnaire depuis une quinzaine de jours, malgré un traitement mercuriel intensif. Je diagnostique une gomme intracapsulaire. Une piqûre de 60 centigrammes de 606 donne, dès le cinquième jour, une amélioration évidente qui progresse ensuite insensiblement. Au bout d'un mois, le malade peut parler correctement et se promener sans faucher; il présente seulement un peu de difficulté à articuler certains mots et un peu de faiblesse dans la jambe droite. Il reçoit une seconde piqûre de 80 centigrammes; l'amélioration s'accentue aussitôt rapidement; quinze jours après, il se déclare guéri et ne présente plus qu'un peu d'exagération des réflexes tendineux et une ébauche de Babinski. L'injection est encore répétée quatre fois à la dose de 80 centigrammes, toutes les six semaines, et, après la troisième piqûre, je n'observe plus aucun trouble de la réflectivité.

Dans un cas de tabès incipiens suivant de près l'infection, j'ai obtenu un résultat remarquable : il s'agit d'un sujet âgé de 29 ans, infecté il y a trois ans et traité par l'huile grise. Pas de tare familiale ni personnelle; pas d'accidents spécifiques autres que ceux du début. En janvier 1911, il est pris, une nuit, de douleurs fulgurantes atroces; ses réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, ses

pupilles inégales, signe d'Argill-Robertson, un peu d'incontinence des premières gouttes. Il est soumis aux piqûres d'huile grise, toutes les semaines, pendant un mois. Les douleurs, quoique moins aiguës, se reproduisent fréquemment, les autres symptômes persistent et s'accompagnent bientôt d'une très légère incoordination motrice, non visible dans la marche ordinaire, mais décelable par les manœuvres ad hoc. Après la quatrième piqûre d'huile grise, c'est-à-dire cinq semaines après le début brusque des douleurs fulgurantes, je fais une piqûre de 60 centigrammes de salvarsan. Dès le lendemain, les douleurs s'améliorent, elles disparaissent après huit jours. Le malade ressent une sensation de bien-être; trois semaines après, l'inégalité pupillaire a disparu. Quatre piqûres de 80 centigrammes sont encore faites toutes les quatre semaines; l'amélioration progresse rapidement, l'incontinence des premières gouttes et l'incoordination disparaissent six semaines après le début du traitement; le signe d'Argill-Robertson n'est plus décelable après deux mois. Enfin les réflexes rotuliens et achilléens commencent à reparaître après trois mois; dans le courant du cinquième mois, c'est-à-dire après la cinquième piqûre de 606, ces réflexes sont redevenus normaux.

Il s'agit évidemment d'un tabès aigu, c'est-à-dire d'une méningite rachidienne postérieure qui aurait engendré un tabès chronique si les congestions méningées avaient duré assez longtemps pour produire une dégénérescence des cordons postérieurs.

Dans le tabès confirmé, j'ai nécessairement été moins heureux; je ne puis cependant dire que l'action ait été nulle puisque j'ai obtenu la disparition des douleurs et une certaine amélioration de l'incoordination.

Un homme de 52 ans, tabétique depuis neuf ans, syphilisé il y a vingt ans, présente une incoordination motrice très accentuée, des douleurs fulgurantes, une inégalité pupillaire et un Argill-Robertson très nets, une abolition des réflexes rotuliens et achilléens; il a été traité par le mercure et l'iode sans résultat appréciable; seules les pointes de feu et l'ergotine lui procurent du soulagement.

Réaction de Wassermann fortement positive, lymphocytose accentuée. Le 14 mars 1911, il reçoit 60 centigrammes de 606; huit jours après l'injection, les douleurs ne sont plus que de légers avertissements très supportables. Un mois après, il reçoit une piqûre de 80 centigrammes de salvarsan : immédiatement, il éprouve un nouveau soulagement. Huit jours après cette nouvelle piqûre, les douleurs ont disparu; en même temps, le malade prétend que sa marche est plus facile. La marche continue à s'améliorer progressivement. Le malade reçoit encore tous les mois une piqûre de 80 centigrammes

pendant trois mois, ce qui porte à cinq le nombre des injections. Quatre mois après le début du traitement, la marche est réellement meilleure; le malade, qui ne pouvait avancer que soutenu par sa femme, peut maintenant sortir seul. Il présente encore le type ataxique, mais dans des proportions bien moins fortes. La réaction de Wassermann est devenue faiblement positive.

Ce cas est facilement explicable; les douleurs, ainsi qu'une partie de l'incoordination étaient dues à un processus congestif des méninges rachidiennes. ce processus a été combattu par le salvarsan; mais le fond de l'incoordination ainsi que l'abolition des réflexes dépendant de la sclérose ne peuvent être influencés par ce traitement.

Chez un autre tabétique à la période d'état, j'ai obtenu la disparition presque instantanée d'un zona extrêmement douloureux par une piqûre de 60 centigrammes; les autres symptômes n'ont jusqu'à présent pas été modifiés.

Dans un cas de tabès juvénile, avec réaction de Wassermann positive, caractérisé surtout, comme c'est la règle, par des troubles urinaires, la piqûre de 606 pratiquée par M. D'Haenens n'a en rien modifié l'état de la vessie. Il s'agit du malade que j'ai présenté à la Société de Neurologie en juin dernier; il est âgé de 16 ans et est atteint depuis l'âge de 5 ans d'une incontinence d'urine d'origine tabétique. Il est compréhensible que le 606 n'ait eu aucune action puisqu'il s'agit d'une lésion dégénérative ancienne.

Dans la paralysie générale, mes résultats sont analogues à ceux que j'ai observés dans le tabès : dans un cas tout à fait au début, j'ai obtenu une rémission tellement complète que je crois pouvoir parler de guérison.

Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans, infecté trois ans auparavant et traité par les méthodes classiques. Depuis quelque temps, on remarquait une irritabilité anormale; le 10 octobre 1910, le patient eut un ictus suivi d'un trouble de la parole passager; à partir de ce moment, il devient euphorique, se faisant des illusions sur ses capacités, sur sa situation de fortune, se livrant à des dépenses exagérées et à des excès de tous genres. Le 5 janvier 1911, il eut un nouvel ictus; cette fois l'embarras de la parole persista. La réaction de Wassermann fut trouvée nettement positive, la lymphocytose accentuée. Les idées de grandeur se caractérisèrent ainsi que l'état maniaque; le malade, agrypnique, présentait une agitation incessante et se montrait même agressif. Pupilles inégales, réflexes tendineux exagérés. Le 10 janvier, on fait une piqûre de 60 centigrammes de salvarsan. Deux jours après, le malade est plus calme; huit jours après, le trouble de la parole disparaît; quinze jours après, on ne remarque plus que l'euphorie, l'inégalité pupillaire et l'exagération des réflexes rotuliens. Un mois après la première piqûre, le malade

en reçoit une seconde de 80 centigrammes qui est ensuite encore répétée trois fois à un mois d'intervalle. Trois semaines après la seconde piqûre, l'euphorie a disparu ainsi que l'inégalité pupillaire. Environ quinze jours après la seconde piqûre, l'exagération des réflexes patellaires a disparu. A ce moment, la réaction de Wassermann est faiblement positive. Le sujet est quasi guéri; on ne remarque plus chez lui qu'une fatigabilité exagérée. Ce dernier symptôme disparaît dans le courant du quatrième mois. Quinze jours après la cinquième piqûre, la réaction de Wassermann est négative. Le sujet, qui exerce la profession d'ingénieur, a repris ses occupations depuis le mois de juin et ne les a plus cessées. Il y a tout lieu de croire qu'il est guéri. Je lui ai toutefois bien recommandé de faire faire la réaction tous les trois mois et cela pendant au moins deux ans.

Dans la paralysie générale confirmée, mes résultats sont moins brillants.

Un commandant, âgé de 43 ans, syphilisé à l'âge de 15 ans, est interné en janvier 1911; la maladie débuta, il y a deux ans, par un changement du caractère, puis des idées de grandeur absurdes se montrèrent, accompagnées d'un trouble très net de la parole et d'un affaiblissement de la mémoire. La réaction de Wassermann est nettement positive (× × 16). A son entrée, le malade est en pleine agitation maniaque; le diagnostic de paralysie générale est indiscutable. Le 19 février, il reçoit 40 centigrammes de salvarsan : la réaction générale est nulle, la réaction locale insignifiante. Dès le cinquième jour, le malade est plus calme; le calme s'accentue progressivement en même temps que la parole et l'état général s'améliorent. Après deux mois, toute agitation maniaque a disparu; l'état démentiel persiste, mais le malade délire à froid; il est calme, lit les journaux, se croit le médecin en chef et soigne sa toilette; il a gagné 11 kilogrammes.

Un industriel, âgé de 51 ans, syphilisé il y a six ans, dont une sœur est aliénée, est interné en avril 1910; la maladie débuta il y a cinq ans par des bizarreries. Peu à peu, des idées de grandeur se montrèrent, la parole s'embarrassa; le malade continua cependant ses fonctions jusqu'à son internement. Dans ces derniers temps, il était devenu agressif et c'est à coups de fusil qu'il reçut nos infirmiers. A son entrée, il délirait abondamment, la parole était fortement embarrassée, les pupilles inégales. L'état maniaque persista très intense malgré un traitement mercuriel appliqué par un spécialiste. Le 8 mars 1911, le malade présente un ictus avec hémiplégie gauche qui se dissipe en deux jours. L'agitation maniaque redevient aiguë. Réaction de Wassermann nettement positive (× × 4). Le 1er septembre, je fais une injection sous-cutanée de 60 centigrammes de salvarsan : induration accentuée; pas de réaction générale autre qu'un peu d'affaissement durant trois ou quatre jours. Cet affais-

sement fait place à un calme que le patient n'avait pas encore connu ; il est dément, continue à délirer, mais il est beaucoup plus tranquille et soigne davantage sa toilette. L'état général s'est amélioré ; le malade a gagné en poids.

Une femme, âgée de 44 ans, colloquée le 14 juillet 1911, présente depuis un et demi des idées de grandeur ; au commencement de juillet, elle présente un ictus suivi de troubles de la marche et de la parole, des accès épileptiformes multiples. Il est impossible d'établir la date de l'infection syphilitique.

L'euphorie est très marquée, la parole fortement embarrassée ; le diagnostic de paralysie générale s'impose. Réaction de Wassermann nettement positive (× ×4). Le 2 septembre 1911, elle reçoit une injection de 60 centigrammes de salvarsan : réaction locale peu accentuée, générale nulle. Les accès épileptiformes sont supprimés jusqu'au 26 septembre, date à laquelle ils reparaissent pendant une demi-journée ; l'agitation est moindre, l'état démentiel persiste, l'état général s'améliore.

Un homme de 42 ans, syphilisé il y a dix ans, est colloqué au commencement de juillet 1911 ; sa maladie a débuté, il y a dix mois, par des céphalalgies, une parésie de la langue, une agitation intense. A son entrée, sa parole est bredouillante, sa motilité générale tellement affaiblie qu'il ne peut se tenir debout. Il présente des accès épileptiformes et paraît à toute extrémité. Le 17 juillet, il reçoit 60 centigrammes en injection sous-cutanée. Réaction locale insignifiante, générale nulle.

Dès le quatrième jour, on remarque une amélioration notable : les accès convulsifs disparaissent, la force revient progressivement. Actuellement ce malade, quoique dément, se promène ; il n'a plus d'accès et son état général s'améliore de jour en jour. Réaction de Wassermann positive (× ×).

J'ai donc toujours obtenu, dans la paralysie générale bien établie, certains résultats caractérisés surtout par la disparition des symptômes congestifs, par une amélioration très caractérisée de l'état général et par la diminution de l'agitation entraînant une diminution des idées délirantes.

Mon dernier cas prouve qu'il ne faut pas être trop craintif et que le 606 peut agir favorablement même lorsque l'état général paraît fortement entrepris.

Mes essais sur les paralytiques généraux sont du reste trop récents pour que je puisse en tirer une conclusion définitive ; je n'ai pas eu le temps de multiplier les piqûres et mes observations antérieures prouvent que l'action du salvarsan, dans les cas graves, n'est puissante que si l'on répète plusieurs fois l'injection. Ce fait est, du reste, conforme à la théorie de Bayet, Dujardin et Desneux

concernant la stérilisation partielle de l'organisme et le danger des neurorécidives. J'ai la conviction qu'en répétant la piqûre tous les mois, on arriverait à des résultats plus appréciables, résultats qui ne dépasseraient cependant jamais le niveau des lésions destructives et irrémédiables.

***

Un point très important est celui de savoir si le salvarsan est capable de guérir la syphilis elle-même et si les malades que nous débarrassons des symptômes cérébro-spinaux sont à l'abri des rechutes. D'une manière générale, on peut dire que la réaction de Wassermann est la pierre de touche du diagnostic : tant que cette réaction persiste, le malade est sous le coup de récidives plus ou moins graves.

En ce qui concerne la syphilis primaire, il est établi que le 606, bien appliqué, peut faire disparaître définitivement cette réaction. Lange la signale 153 fois sur 268 cas. Scheiler l'a observée dans 80 % des cas, Wenser, dans 44 %, Frenkel, dans 35 %. Bayet, Dujardin et Desneux, dont je n'ai cessé de faire ressortir la prudence, se montrent très affirmatifs : dans un grand nombre de leurs cas, le sérodiagnostic est devenu nettement négatif.

Dans les syphilis secondaires et tertiaires, ces auteurs pensent que le résultat n'est très souvent que partiel : la réaction diminue, mais ne disparaît pas complètement. Cependant Alt a observé 16 disparitions de la réaction et 6 diminutions sur 36 cas de paralysie générale. Marcus, sur 8 cas, a noté 3 disparitions et 2 diminutions. A. Marie et Guelpa obtiennent la disparition dans 2 cas. Mais d'autres auteurs ont obtenu des résultats moins brillants : Treupel n'a jamais vu se modifier la réaction dans 30 cas de paralysie générale et de tabès. Sicard et Bloch ne constatent que de légères variations dans 12 cas de tabès.

Ces résultats contradictoires résultent des méthodes différentes employées par les auteurs; il est incontestable que la répétition des injections s'impose.

Ce serait une grave erreur de croire, comme on le faisait au début, que la stérilisation peut tre obtenue par une seule piqûre ou en employant des doses faibles. C'est là un point sur lequel j'ai insisté déjà. Bayet, Dujardin et Desneux sont du même avis; ils pensent que, pour obtenir la stérilisation de l'organisme, il faut arriver à des doses de 1 gr. 50 à 3 grammes et plus.

Ce qui est vrai pour la syphilis primaire, l'est plus encore pour les syphilis secondaire et tertiaire. Dans le cas de paralysie générale au début, où j'ai obtenu la réaction négative, c'est après avoir injecté 3 gr. 80 en cinq fois. A d'autres de mes malades, j'ai donné davantage sans obtenir cette disparition, mais je crois qu'en continuant le traitement, on arriverait à un résultat plus complet.

Ceci nous amène à parler de la technique et de la posologie du salvarsan : plusieurs méthodes sont employées : 1° le produit est injecté en émulsion neutre sous la peau (méthode de Wechselmann) ; 2° en solution acide dans les muscles; 3° directement dans les veines, en solution très étendue.

La méthode de Wechselmann, que j'ai employée au début, provoque des douleurs assez fortes et des indurations très difficiles à faire disparaître; il est du reste désagréable d'injecter sous la peau une émulsion trouble. L'injection de la solution acide est préférable et c'est celle que j'emploie habituellement : en dissolvant 60 centigrammes de salvarsan dans 6 à 8 cc. d'eau stérilisée et chaude, on obtient un liquide clair, acide, qui, injecté soit dans les muscles, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne donne lieu qu'à une douleur peu considérable et à une induration en général peu conséquente. Comme symptômes généraux, je n'ai presque jamais observé de fièvre, quelquefois un peu de lassitude, de malaise général durant deux à six jours.

Mais, pour observer cette absence presque complète de réaction, il est nécessaire de préparer la solution extemporanément et avec les précautions d'usage : les nouvelles préparations de salvarsan se dissolvent parfaitement dans une petite quantité d'eau, mais il est indispensable d'employer de l'eau qui vient d'être bouillie : Wechselmann a, en effet, montré que les eaux distillées contiennent souvent des germes. C'est ainsi que je m'explique le fait que le produit préparé extemporanément par moi ne donne lieu, en général, qu'à des réactions locales sans importance, tandis que les ampoules toutes préparées du commerce m'ont donné des indurations beaucoup plus prolongées. Certes aucun malade n'est à l'abri de toute induration, mais en se conformant à mes recommandations, on aura le minimum d'induration et celle-ci disparaîtra facilement sous l'influence de l'application de compresses chaudes.

C'est cependant en faisant valoir la douleur, les nécroses, les abcès même, que Bayet, Dujardin et Desneux repoussent en grande partie les méthodes sous-cutanée et intramusculaire pour préconiser la méthode intraveinuse. Je dois dire que ces auteurs allèguent un argument plus sérieux : l'insuffisance d'action des injections sous-cutanées et intramusculaires. Après une étude méthodique des procédés en usage, les auteurs en arrivent à recommander les injections intraveineuses de doses fortes (40 à 60 centigrammes) répétées tous les cinq à huit jours.

Voici comment ils s'expriment :

« Pour atteindre celle-ci (la séro-réaction positive) et la transformer en réaction négative, les méthodes qui ne se prêtent pas à l'administration des doses suffisantes (par suite des douleurs, des nécroses, ou bien de la lenteur de l'absorption), sont inefficaces,

» Nous voulons parler de la méthode de Wechselmann, du procédé d'injection soluble acide (soit avec de l'alcool, de la glycérine ou en suspension huileuse).

» Pour obtenir cette réaction négative, il faut employer des doses fortes (1 gr. 50 à 3 grammes et peut-être plus encore. La méthode la meilleure est la méthode de l'injection intraveineuse de doses fortes répétées (40 à 60 centigrammes) et à courts intervalles (cinq à huit jours).

» Cette méthode paraît surtout efficace dans les syphilis jeunes à la période primaire; à la période secondaire, si nous parvenons, dans la plupart des cas, à atténuer l'intensité de la réaction positive, il est rare que nous puissions, même avec des doses fortes, arriver à une réaction nettement négative, en un court espace de temps (deux à trois mois); heureusement un certain nombre de ces réactions tombent ensuite sans nouvelle médication. C'est la proportion de ces réactions de Wassermann négatives à longue échéance qui nous dira quelle est la valeur définitive de cette méthode des injections fortes et répétées. »

J'ai dit qu'en employant une solution purement aqueuse, on évite les complications graves mentionnées par les auteurs et que la réaction locale est d'autant plus anodine qu'on injecte un liquide plus fraîchement préparé. Je suis arrivé ainsi, par piqûre de 60, 80 centigrammes et même un gramme, à injecter 4 à 6 grammes de salvarsan sans inconvénient.

Reste maintenant l'objection plus sérieuse de l'insuffisance d'action des injections sous-cutanées et intramusculaires. Je ferai remarquer que cette affirmation n'est vraie que partiellement; il me paraît certain que l'injection intraveineuse possède une action plus rapide et en même temps plus fugace que les injections sous-cutanées et intramusculaires : « L'élimination de l'arsénobenzol, dit Pélissier, est beaucoup plus rapide avec cette voie d'injection (l'intraveineuse) qu'avec les autres; partant, l'action est moins prolongée, la valeur thérapeutique de l'agent est amoindrie. » Ce fait ressort clairement des recherches de F. Weiler sur la spirillose des poules. C'est en raison de cette élimination rapide que Bayet, Dujardin et Desneux sont obligés de forcer les doses et de répéter les interventions en injectant dans les veines de 40 à 60 centigrammes tous les cinq à huit jours.

De ces considérations, il est logique de conclure, ainsi que je le disais tout à l'heure, que l'injection intraveineuse possède une action plus énergique, plus rapide et même temps plus fugace que les injections sous-cutanées et intramusculaires. Il ressort non moins clairement de ces données que, dans les syphilis primaires, là où la stérilisation de l'organisme peut être obtenue rapidement, là où il

y a intérêt à gagner du temps et à frapper un grand coup, là où il n'y a aucun danger de complications cérébro-spinales, la méthode des injections intraveineuses fortes et répétées peut être considérée comme utile. Mais dans les syphilis secondaire et tertiaire et surtout dans les manifestations cérébro-spinales de l'infection, là où la stérilisation demande longtemps à se produire, là où il s'agit de combattre un processus chronique, là où il y a danger à provoquer une intoxication brutale de l'organisme, je crois les méthodes sous-cutanée et intramusculaire préférables. Ce n'est que dans des cas exceptionnellement urgents, comme celui d'une gomme comprimant des organes importants, qu'il y aurait lieu de faire une injection intraveineuse; et encore, cette injection intraveineuse devrait elle être soutenue par des injections ultérieures sous-cutanées et intramusculaires.

Bayet, Dujardin et Desneux pensent que les méthodes sous-cutanées et intramusculaires sont incapables de faire disparaître la réaction de Wassermann; nous avons vu déjà que j'ai obtenu ce résultat dans un de mes cas de syphilis cérébrale après une dose totale de salvarsan de 3 gr. 80 injectée en cinq piqûres. Dans la syphilis secondaire, j'ai obtenu un résultat analogue, contrôlé par le Dr Renaux, après injection de 3 grammes de salvarsan. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, plutôt chétif, infecté en 1909 et traité par les injections d'huile grise; un an après l'injection se montrent des plaques muqueuses, un amaigrissement et un affaiblissement progressifs.

Malgré un traitement régulier par les piqûres d'huile grise, le malade se cachectise davantage; en décembre 1910, je lui fais une injection sous-cutanée de 60 centigrammes de salvarsan. La réaction locale est peu intense, pas de réaction générale autre qu'un peu de lassitude durant une huitaine de jours. Passé ce délai le malade s'améliore rapidement, il engraisse, l'appétit augmente, il se croit guéri un mois après la piqûre. Sur mes instances, il fait faire le sérodiagnostic; le 26 janvier, la réaction est très *fortement positive*. Je fais une seconde piqûre de 80 centigrammes dans le courant de février : la situation continue à s'améliorer et le malade se sent si bien qu'il me délaisse jusqu'en mai 1911, époque à laquelle les symptômes de cachexie reparaissent. Le 11 mai, la réaction est encore *fortement positive;* il est probable qu'elle a diminué après la seconde piqûre, mais que la cessation du traitement a provoqué une nouvelle poussée infectieuse. Vers la fin de mai, il reçoit de nouveau 80 centigrammes; l'amélioration est de nouveau rapide et évidente. Au bout d'un mois, il paraît guéri. Sur mes instances, le malade consent à laisser faire une quatrième piqûre en juin. La disparition de tous les symptômes persiste jusqu'aujourd'hui et le sérodiagnostic, fait le 21 septembre dernier, donne un résultat *net-*

tement négatif. Ce malade a donc reçu 3 grammes en quatre piqûres, et, malgré sa négligence, la réaction de Wassermann est devenue négative. J'ajoute qu'il ne peut y avoir eu aucune erreur, le docteur Renaux ayant chaque fois recueilli lui-même le sang du malade.

Que reste-t-il des objections formulées contre la méthode sous-cutanée ou intramusculaire? Aucune donnée sérieuse : ces injections sont bien tolérées, ne provoquent que des réactions locales et générales sans importance; elles ont une action puissante et prolongée. Les injections intraveineuses ont une action plus rapide et plus éphémère, elles agissent plus brutalement et ne sont pas tout à fait sans danger dans les lésions centrales. Il est donc logique d'admettre que la méthode de choix, *en neuro-psychiatrie*, est la méthode sous-cutanée ou intramusculaire.

Mais, pour que cette méthode donne de bons résultats, il est indispensable de procéder de la manière suivante : la dose de salvarsan est versée dans un petit mortier stérilisé, contenant de 6 à 10 centimètres cubes d'eau distillée, bouillie et encore chaude (il faut 6 cc. pour 60 centigrammes de salvarsan, 7 pour 70, 8 pour 80, 9 pour 90 et 10 pour 1 gramme). Pour faciliter la dissolution quelquefois un peu laborieuse, il est bon d'introduire la poudre petit à petit et de triturer à l'aide d'un pilon stérilisé. La solution devient tout à fait limpide, d'un jaune d'or. Il est nécessaire d'attendre la dissolution complète pour injecter; cette dissolution obtenue, la préparation est terminée. Dans aucun cas, il ne faut la neutraliser, elle est acide et peut être injectée telle quelle sans aucune manipulation ultérieure. Il suffit alors de faire l'injection très aseptiquement, après avoir flambé l'aiguille de platine et avec une seringue de verre stérilisée, suffisamment grande pour ne pas devoir reprendre du liquide.

Les deux méthodes sous-cutanée et intramusculaire m'ont donné des résultats analogues; je pratique la piqûre de préférence dans le tissu cellulaire de la région interscapulaire; quelquefois je la fais dans la région des flancs ou dans les muscles de la fesse.

En général, je n'hésite pas à faire d'emblée une piqûre de 60 centigrammes; la réaction de Wassermann, pratiquée avant la piqûre, est recherchée trois semaines après. Ensuite je fais en général une piqûre toutes les quatre à six semaines, de 80 centigrammes à un gramme, suivant les indications. Je crois qu'il faut continuer ainsi jusqu'à disparition complète de la réaction.

L'important est de ne pas laisser un espace trop considérable entre deux piqûres successives; on s'exposerait ainsi à des récidives graves; le laps de temps intercalaire entre deux piqûres, évalué à cinq à huit jours par Bayet en ce qui concerne les injections intraveineuses, me paraît devoir être de quatre à six semaines pour les injections sous-cutanées ou intramusculaires.

CONCLUSIONS.

1° La salvarsan est de beaucoup supérieur au mercure et à l'iode dans le traitement de toutes les manifestations de la syphilis; ce produit est capable non seulement de guérir les manifestations multiples de la maladie, mais encore de stériliser l'organisme et de faire disparaître la réaction de Wassermann;

2° Ces effets, très rapides dans la syphilis primaire, sont encore très nets dans les syphilis secondaire et tertiaire; ils sont incontestables dans les syphilis nerveuses et particulièrement dans les cas où les anciens traitements ne donnaient rien;

3° Pour obtenir les meilleurs effets du salvarsan, il est nécessaire de donner des doses élevées et de répéter l'administration périodiquement;

4° Manié logiquement, le salvarsan est inoffensif. Les accidents mortels signalés par les auteurs dépendent, ou bien d'une cause étrangère au médicament, ou bien d'une administration défectueuse de ce produit;

5° Les neurorécidives sont dues à une stérilisation incomplète de l'organisme; elles sont imputables à un défaut de technique;

6° Le salvarsan a donné des résultats souvent surprenants et en tout cas des améliorations dans de multiples complications nerveuses de la syphilis telles que gommes, méningites, troubles de la parole, paralysies faciales et oculaires, névrite optique, zona, hémiplégie récente, aphasie, paraplégie, tabès, paralysie générale, etc.;

7° L'action du salvarsan est puissante dans les lésions syphilitiques réelles telles que gommes, troubles circulatoires des centres nerveux, congestions, dus directement au spirochète : elle paraît nulle dans les lésions dégénératives. Ces deux espèces de lésions coexistant souvent, on obtiendra des résultats quelquefois inespérés même dans des affections nerveuses syphilitiques très anciennes;

8° Le salvarsan est capable de stériliser complètement l'organisme et de faire disparaître la réaction de Wassermann. Cette stérilisation, assez facile dans les syphilis primaires, est plus douteuse et plus laborieuse dans les syphilis secondaire et tertiaire;

9° L'injection sous-cutanée ou intramusculaire possède une action moins brutale et plus prolongée que l'injection intraveineuse. Pour être utile, elle doit être faite à la dose de 60 à 80 centigrammes et répétée toutes les quatre ou six semaines;

10° Les reproches (nécroses, abcès) faits aux injections sous-cutanées ou intramusculaires ne sont pas fondés si on emploie une solution acide, limpide, faite extemporanément, dans une petite quantité d'eau, en observant les précautions nécessaires;

11° Le reproche basé sur l'insuffisance d'action des injections

sous-cutanées, et intramusculaires, n'est pas fondé, puisqu'on peut obtenir la stérilisation complète de l'organisme par cette méthode;

12° En neuro-psychiatrie, la méthode de choix sera celle des injections sous-cutanées ou intramusculaires, dont les effets sont moins brutaux et plus prolongés; elle écarte les accidents et permet une intervention longue et patiente, condition indispensable au succès final.

VIe CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Bruges, 30 septembre au 1 octobre.)

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales

DEUXIÈME PARTIE (Suite)

VII. — **Paranoïa**

76. Glace — chaud **1991**
« *J'ai pensé à quelque chose de froid, puis j'ai dit le contraire.* »
Automatique.

77. Jamais — toujours . . . **1137**
« *Ah c'est difficile de dire comment c'est venu.* »
D. : *C'est venu tout seul?*
R. : « *Oui.* »
(Automatisme.)

78. Courir — arrêter **1444**
« *Je me suis représenté quelqu'un qui courait (en pensée) et on l'arrêtait.* »
Automatique.

79. Homme — femme . . . **866**

80. Moi — l... toi. **1552**
Verbalisme grammatical.
Ajoute : « Mon, ton, son; ma, ta, sa; moi, toi, lui... elle. »

—

29 JANVIER 1911. — 9 heures.

81. Haine — Amour **1717**
«*J'ai pensé au contraire de haine, c'est amour.* » *Sans affectivité.*

82. 4 — 5 . . . . —
Verbal.

83. Nommer — chiffrer . . . —
Automatique.

84. Instinct — intelligence. . **2432**
« *Le mot instinct a longtemps surnagé.* »

85. Vous — nous **1100**
Verbal.

86. Volonté — fermeté . . . —
« *J'ai pensé à la signification du mot « volonté », et j'ai cherché un autre mot.* »

87. Prendre — dépendre . . . —
« *Tiens, j'ai lu pendre.* » *Ajoute: « Je n'ai pas pensé à quelqu'un.* »

88. Paix — guerre **1303**
Verbal.

89. Epais — mince **2041**
« *J'ai pensé à quelque chose d'épais. Les mots ne venaient pas de suite.* »
Série : Massif, lourd, volumineux, — compact, —

90. Paysan — villageois . . **2304**

91. Donner — prendre . . . **1203**
« *J'ai pensé à l'action de donner et à l'action de prendre.* »

92. Canapé — sofa **1446**
Automatique.

93. Grand — petit. **967**
Verbal.

94. Chaise — fauteuil . . . **1196**
Automatique.

95. 6 — 7. . . . . **1180**
Verbal.

Réflexions. — 1. Les *réactions* sont *normales* au point de vue qualitatif,

2. Le *caractère* des paranoïaques nécessite une grande prudence; l'introspection ne peut jamais être poussée jusqu'au bout, surtout lorsqu'elle touche des idées délirantes (nos 4, 11, 47, 61, 66, 70. 71, 87), si l'on veut éviter qu'ils ne prennent une allure de défense vis-à-vis des expériences.

3. *Inhibition* émotionnelle pour les mots qui touchent le *complexus :* maladie mentale et internement (nos 11, 20, 41).

VIII. — Paralysie générale

Sujet XXXVIII. — H. N., 35 ans, tailleur, marié sans enfants.

Paralysie générale au début. Aggravée par abus de tabac et d'alcool. Les troubles de la parole sont déjà accentués; le malade a eu des ictus légers simplement vertigineux. — Euphorie. — Tendance à la rémission. Les réactions suivantes sont prises dans la série des 220 mots, comme indiquant le mieux le type des réponses du malade. Les chiffres correspondent à ceux de la série générale

23. Douleur — je n'en ai plus **4591**
Douleur m'a fait penser à mes douleurs dans le temps et je me suis dit : maintenant je n'en ai plus, maintenant je mets de côté 20.000 francs par an. »

25. Dégoût — je suis dégoûté de la goutte **3820**
« *Dégoût me fait penser à tous les alcools, sensation de dégoût. J'ai pris dans le temps beaucoup d'alcool, surtout en Normandie, trop forts, je le regrette mantenant. C'est de l'absinthe que je suis malade.* »

39. Chatouiller — chatouiller ma femme **4590**
« *Chatouiller me fait penser à ma femme que je chatouille (un petit peu partout) en allant me coucher pour l'énerver un peu.* »

40. But — j'arriverai à mon but **2177**
« *C'est-à-dire de faire construire des maisons (2), j'en louerai une et j'habiterai l'autre.* »

42. Femme — j'aime bien ma femme **2259**
« *En lisant femme j'ai pensé « naturellement » à ma femme, ce qui m'a fait beaucoup de plaisir.* »

44. Faim — je plains ceux qui ont faim et je voudrais les protéger. **3580**
« *J'ai pensé à des malheureux qui ont faim, on en voit tous les jours maintenant avec toutes les grèves.* »

50. Cerveau — cerveau du mouton. **7026**
« *Cerveau, vu sur un plat au restaurant, bien garni. J'aime bien cela.* »

53. Argent — j'espère gagner beaucoup d'argent . . . **3912**
« *J'ai calculé que mon bénéfice dépassait 22 000 francs par an et que je veux gagner plus.* »

55. Action — on est plus ou moins récompensé quand on fait une bonne action **2723**
« *J'ai pensé que j'avais prêté des fonds à un de nos amis pour s'installer, deux ans après j'ai été remboursé et nous étions toujours très bien d'accord.* » (*Fait vrai selon son indication.*)

84. Instinct — on étudie toujours l'instinct de quelqu'un. **4224**

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des hyperplasies glandulaires de l'hypophyse: hypophysites parenchymateuses hypertrophiques et cirrhoses; adénomes et épithéliomas (1).

par M. Laignel-Lavastine

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux de Paris

—

A l'appui de la classification si claire des hypophysomégalies due à mon ami Courtellemont (2), je voudrais présenter les coupes de cinq hypophyses, dont les réactions permettent d'étudier et de discuter les passages des simples hyperplasies par hyperfonctionnement aux processus inflammatoires, adénomateux et cancéreux.

Voici d'abord deux hypophysomégalies qui, d'après la nomenclature de Courtellemont, sont des tumeurs glandulaires, l'une alvéolaire et l'autre en nappe, à prédominance d'éosinophiles :

Tumeurs, parce qu'elles sont susceptibles, par leur volume, d'exercer sur les organes de voisinage une compression ou une altération, et affectent une marche lente ou relativement lente;

Glandulaires, parce qu'elles sont constituées par des cellules épithéliales du lobe antérieur;

Alvéolaire ou en nappe, selon que les septa conjonctifs sont normaux, voire épaissis, ou, au contraire, raréfiés et disparus;

A prédominance d'éosinophiles, proposition indiquant le type cellulaire le plus fréquent des tumeurs glandulaires, mais qui peut être à cellules basophiles ou à prédominance de cellules chromophobes.

De ces deux tumeurs glandulaires à prédominance d'éosinophiles, la première (555), alvéolaire, appartient à l'acromégalique, dont j'ai communiqué l'observation avec le professeur Gilbert-Ballet (3).

Je n'insiste ici que sur trois détails :

1° La prolifération des cellules glandulaires, telle qu'on constate des alvéoles littéralement bourrées de cellules et une tendance à l'évolution nodulaire marquée en certains points de la périphérie

---

(1) Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale de l'Université de Paris : Professeur Gilbert-Ballet.

(2) Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Amiens, 1911.

(3) Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Amiens, 1911.

par la formation de petits nodules adénomateux, qui font saillie à la surface de la glande;

2° L'augmentation du nombre des cellules éosinophiles, qui remplissent à elles seules des alvéoles entiers et leur énorme hyperplasie individuelle;

3° L'extraordinaire richesse du lobe postérieur en cellules à pigment, pour la première fois signalée chez les acromégaliques et qui, rapprochée de la prédominance des éosinophiles dans le lobe glandulaire, apporte un nouvel appui à l'hypothèse de Victor Jon-

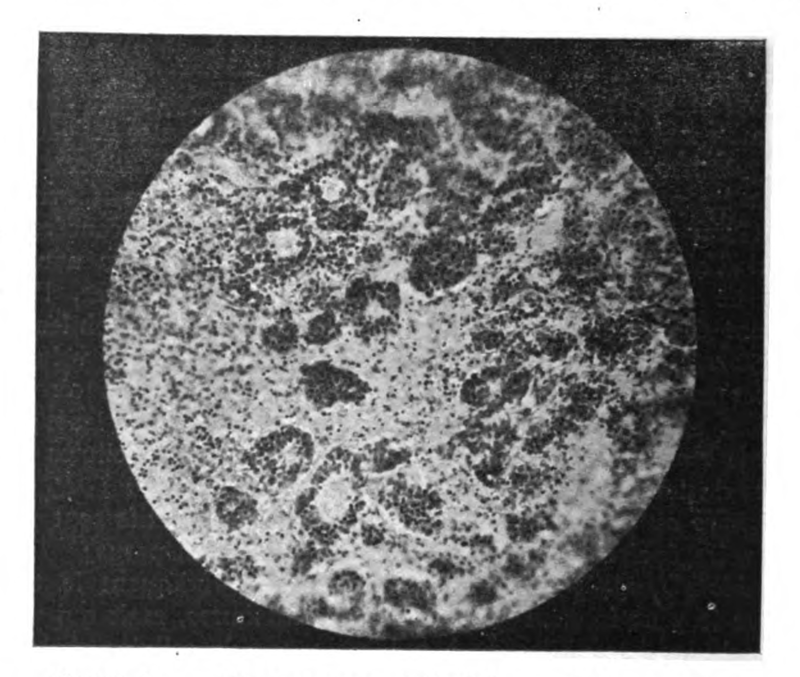


FIGURE 1. — *Démence neuro-épithéliale. — Lobe glandulaire de l'hypophyse*

Eosine-orange-hématéine de Dominici. — Microphotographie. — Zeiss, obj. 8 mm. — On voit, au milieu d'un stroma conjonctif, de nombreux acini, souvent transformés en boyaux épithéliaux pleins, formés de cellules glandulaires éosinophiles proliférées.

nesco (1), qui considère les cellules à pigment du lobe postérieur comme les dérivés de la transformation pigmentaire de la chromatine nucléaire des cellules éosinophiles du lobe glandulaire immigrées dans le lobe postérieur.

(1 CLUNET et V. JONNESCO. Soc. de biologie, 1910, 24 déc.

La seconde tumeur glandulaire à prédominance d'éosinophiles, tumeur en nappe (411), je l'ai, avec M. Ballet, appelée hypophysite parenchymateuse hypertrophique (2), voulant indiquer par là que nous y voyions un processus d'hyperfonctionnement de même ordre que celui que nous avions trouvé dans la thyroïde et les surrénales et qui nous permit d'insister sur cette double notion de l'hyperhypophysie et des hyperfonctions corrélatives de certaines glandes endocrines chez beaucoup d'acromégaliques.

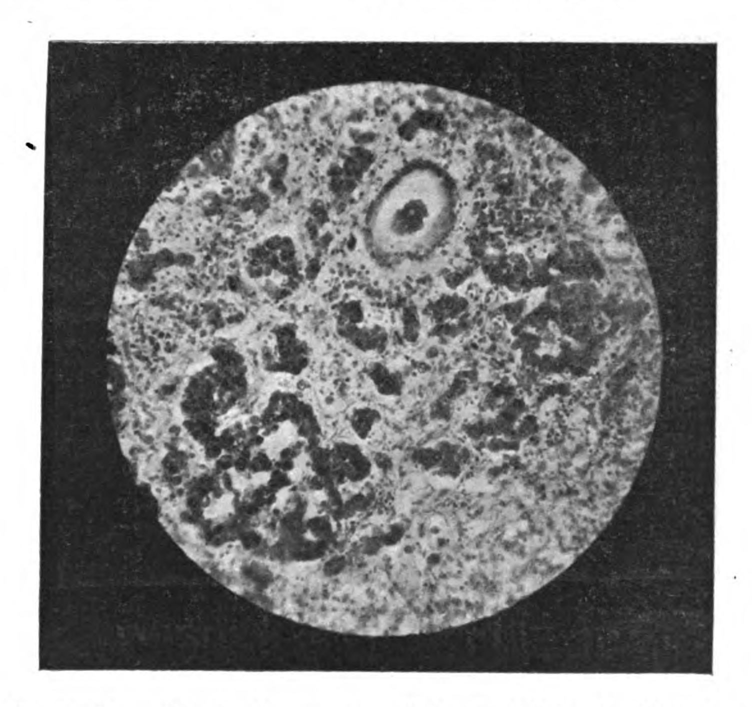


FIGURE 2. — *Chorée chronique.* — *Lobe glandulaire de l'hypophyse*

Eosine-orange-hématéine de Dominici. — Microphotographie. — Zeiss, obj. 8 mm. — On voit, au milieu d'un stroma conjonctif infiltré des cellules, de nombreux acini et des boyaux épithéliaux tantôt hyperplasés, tantôt en dégénérescence.

Voici ensuite deux hypophyses scléreuses (fig. 1 et 2), dont le stroma est percé de boyaux épithéliaux formés de cellules à prédominance éosinophile, tantôt nettement hyperplasiées, tantôt en

(2) GILBERT-BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. Un cas d'acromégalie avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules surrénales. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1905, n° 2.

dégénérescence aréolaire et cytolyse. Ces coupes de cirrhose annulaire, dont certains points, plus actifs, donnent l'impression d'adénomes, proviennent de deux femmes âgées, atteintes l'une de démence neuro-éphithéliale (704) et l'autre de chorée chronique (684).

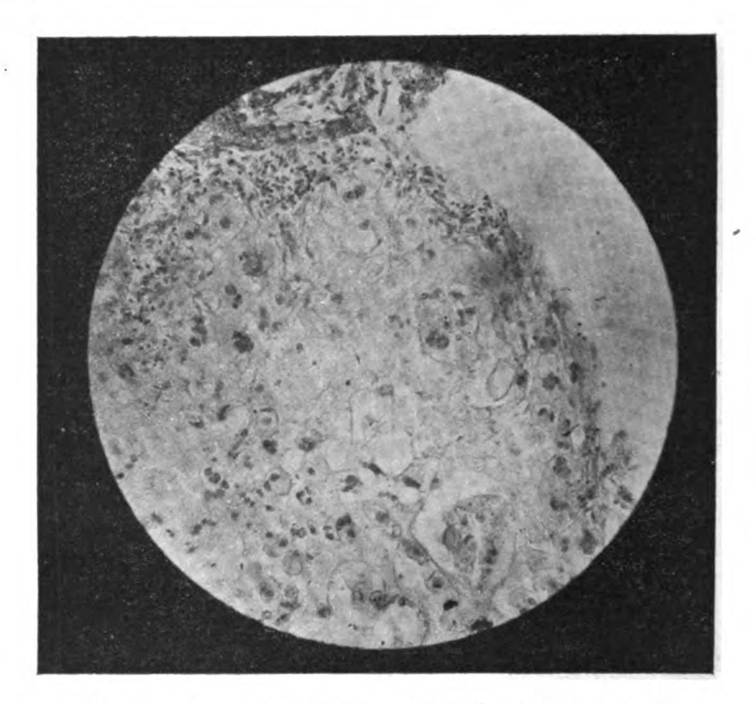


FIGURE 3. — *Epithélioma primitif de l'hypophyse*

Eosine-orange-hématéine de Dominici. — Microphotographie. — Zeiss, obj. 8 mm. — On voit au-delà des cellules épithéliales de revêtement, des éléments épithé iomateux à noyaux bourgeonnants et multiples et à larges vacuoles.

Ces figures rappellent celles qu'ont remarquées Guillain et Alquier (1) dans un cas de maladie de Dercum.

Voici enfin un des bourgeons d'une tumeur de 190 grammes que j'ai étudiée naguère avec Vigouroux (2) chez un aliéné amaurotique. On voit, au delà des cellules épithéliales de revêtement plus ou moins aplaties, des éléments nettement épithéliomateux, à

(1) ALQUIER et GUILLAIN. *Arch. de méd. exp.*, 1906, pp. 680-687.

(2) VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. Epithélioma primitif du lobe antérieur du corps pituitaire. Soc. anat., avril 1902, p. 347.

noyaux bourgeonnants ou multiples, et larges vacuoles occupant parfois une partie du protoplasma cellulaire et refoulant les noyaux à la périphérie (fig. 3).

VI[e] CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Bruges, 30 septembre au 1 octobre.)

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales

DEUXIÈME PARTIE (Suite)

98. Estomac — j'ai un très bon estomac **2088**
« Au mot estomac « regoûté » le souper d'aujourd'hui, bonne salade. »

111. Clair — je vois très clair **1078**
« Car je vois excessivement clair. »

114. Colère — je ne me suis jamais mis en colère. . **2566**
«Jamais, j'ai été toujours calme.»

119. Pied — je n'ai jamais eu mal au pied **2215**
« Et c'est vrai, jamais, j'ai pensé tout de suite à ça. »

188. Main — j'ai une belle main **2297**
« Parce que je pense toujours à mes mains. »

Sujet XXXIV. — J. N., 31 ans, industriel, marié; un enfant. — Paralysie générale à marche rapide. A eu plusieurs ictus. Troubles de la parole accentués. Euphorie et érotisme.

Les réactions suivantes sont choisies dans la série habituelle, comme indiquant le mieux le type des réponses du malade. Les chiffres correspondent à ceux de la série générale.

2. Froid — il faut mettre un manchon **2103**
« C'est pour les femmes; j'ai voulu dire un manteau. »
(Paraphasie.)

14. Cadavre — cadavre. . . **1941**
« Oh, j'aurais dû dire, cadavre de chien, écrasé par le tram. »

15. Haut — la maison esthaute —
(Temps très long.)
« C'est ici. »
D. : *Combien d'étages?*
R. : *« Je n'ai pas mesuré, il faudrait un géomètre pour cela. »*

20. Intelligent — fatigué. . **14,550**
« Un homme qui est intelligé (sic!) se fatigue, n'est-ce pas? »

21. Droit — en droit. . . . **2298**
Ajoute : « Avocat ou docteur en droit. »

26. Désir — bon désir . . . **2529**
« Non, j'ai voulu dire : ma femme. »

29. 1000 — pommes **2308**
« 1000 pommes dans un jardin. »
(Mille pommes : village en Belgique.)

30. Battre — abattre . . . . —
« Abattre des pommes. »
(Persévération.)

31. Brûlant — on se brûle les doigts **2188**

32. Laid — je préfère « beau » **1717**

23. Beau-frère — oh no, ça pas **1717**
« Oh non, je ne voudrais pas battre mon beau-frère. »
(Persévération de 30.)

38. 3 — rouges **32,720**
« 3 pommes rouges; j'en ai trois chez moi. »

39. Chatouiller — chatouiller ma femme **2075**
« *Moi à ma femme.* »
47. Jeter — jeter une pomme à la fenêtre **1983**
(*Voir nos 29 et 38.*)
50. Cerveau — mal au cerveau **2251**
D. : *Qui a mal au cerveau?*
R. : « *Certaines personnes.* »

Réflexions sur les deux cas précédents. — 1. Tendance à réagir en *phrases* qui ne peut être supprimée que pendant un temps très court en insistant sur l'instruction préliminaire à l'expérience.

2. *Egocentricité* très marquée ; mais aucune inhibition émotive.

3. *Satisfaction* euphorique et *érotisme.*

4. *Temps* de *réaction* en général *allongés*, ce qui est en partie à attribuer à la dysarthrie.

5. Quelques *stéréotypies.*

* * *

Il résulte de l'étude expérimentale que nous avons faite d'autres cas de paralysie générale, que pendant la période prémonitoire les associations sont souvent normales et accompagnées de l'émotivité habituelle pour certains mots critiques. Nous avons observé aussi que certains sujets, qui ont présenté des réactions nettement paralytiques, peuvent, au moment d'une rémission, donner à nouveau des réactions normales.

Cette constatation permet de considérer la méthode des associations comme un procédé clinique excellent, pour fixer, d'une façon objective, le diagnostic de la rémission.

CONCLUSIONS :

1° Dans *leur ensemble*, les réactions associatives des normaux sont différentes de celles des psychopathes.

2° Dans *leur ensemble*, et en y ajoutant les importantes données de l'introspection, les réactions qu'on trouve dans les diverses formes de psychopathie, sont typiques pour chacune de ces formes.

3° La méthode expérimentale des associations est surtout précieuse pour le diagnostic différentiel des états mixtes de la folie maniaque dépressive (Mischzustände) et des états neurasthéniques, avec le début de la démence précoce.

4° Cette méthode constitue un des moyens cliniques les plus précieux que nous possédions pour explorer l'affectivité et déceler l'existence et la nature des complexus.

5° L'allongement du temps d'association peut avoir d'autres causes que celles de l'existence d'un complexus.

Cet allongement peut tenir entre autres à la *rareté* d'emploi du mot inducteur, à sa nature abstraite (adverbes, nombres) ou simplement émotive, ou encore à un état mental spécial du sujet, qui se rencontre particulièrement chez certains psychasthéniques, sous forme d'une préoccupation exagérée de donner des réponses intelligentes.

L'erreur d'aperception du mot inducteur, qui a été indiquée comme signe de complexus, peut se produire tout simplement dans le sens d'un mot plus familier ou plus courant.

6° L'inhibition associative, qui généralement est un signe de complexus affectif, peut, au contraire, en cas de « constellation » de la mentalité, être produite par le fait que le sujet ne parvient pas à ramener le mot inducteur à son complexus.

—

7° L'impossibilité de retenir et de répéter certains mots induits est souvent en rapport avec l'existence d'un complexus (*Reproduktionsmethode*, de Jung). Cette amnésie se constate même parfois *immédiatement* après la réaction.

8° Parmi les sujets que nous avons examinés, nous pouvons, en ce qui concerne l'extériorisation de l'affectivité, distinguer deux groupes : 1° les maniaques et les mélancoliques chez lesquels cette activité se montre très facilement ; 2° les hystériques et les déments précoces, qui sont réfractaires à l'exploration de leur affectivité ; chez ces derniers, c'est plus l'introspection et l'évocation de séries de mots que la nature de la réaction même, qui nous renseignent sur leurs complexus.

9° Pour l'exploration clinique courante, une série de cent mots bien choisis et donnés en des séances ne dépassant pas vingt mots, sera suffisante. Il serait désirable que les cliniciens fussent d'accord pour se servir, en vue d'une comparaison des résultats, de la même série de mots inducteurs.

10° La méthode expérimentale des associations d'idées, constitue un excellent procédé clinique d'analyse mentale. Elle nous permet de faire ressortir des symptômes et des caractères qu'il n'est possible de constater aussi facilement et aussi rapidement, par aucune autre méthode.

Elle constitue un moyen précieux pour l'étude de la psychologie individuelle, entre autres en ce qui concerne le diagnostic des « types mentaux ».

Les états anxieux

Rapporteur : M. Famenne (de Florenville

I

Historique et définitions

L'*émotivité anxieuse* est une forme normale de l'émotion ; chez l'homme normal elle se montre dans toutes les grandes circonstances de la vie, au moment d'un danger, d'un deuil, d'une situation critique. C'est, en somme, de l'inquiétude poussée un peu loin.

L'*anxiété* est un trouble psychique qui se traduit uar un sentiment d'insécurité indéfinissable.

L'anxiété, phénomène cortical, ne doit pas être confondue avec l'angoisse, trouble physique, d'origine bulbaire, caractérisé par une sensation de constriction thoracique et d'étouffement.

« Quant au mot anxiété, dit Brissaud, il s'applique évidemment moins à la sensation physique de constriction thoracique ou d'étouffement, qu'à l'état mental, qui accompagne cette sensation. Il traduit le trouble, l'inquiétude, la terreur qu'inspirent les conséquences immédiates de cette oppression : c'est l'appréhension subite de l'asphyxie ou de la syncope, c'est la claire vision du danger suprême. »

L'*angoisse* est un syndrôme d'origine bulbaire dont la manifestation principale est une sensation de gêne respiratoire.

Elle se manifeste sous diverses formes. C'est tantôt, un simple malaise, un peu nauséeux, ou un serrement de la gorge ou du cœur, avec un sentiment d'appréhension, qui engendre des pressentiments lugubres ou évoque des souvenirs pénibles ; ou c'est une inquiétude, vague, se traduisant par un énervement général dans les membres, avec un besoin de changer d'attitude, de remuer pour remuer (Sollier).

Le malade angoissé a la sensation d'une constriction, d'un reserrement de la gorge, un écrasement de la poitrine qui s'accompagne d'une difficulté très

prononcée de la respiration. Parfois cette sensation est plus marquée au creux de l'estomac, parfois dans la région avoisinant le cœur.

L'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse peuvent se succéder l'une à l'autr , ou se combiner de différentes façons, chez le même individu.

Ces différents phénomènes sont en réalité ceux que nous présente l'émotion à laquelle nous donnons vulgairement le nom de Peur. Ils prennent chez les obsédés et les phobiques des caractères particuliers, d'ordre pathologique. C'est l'intensité et la persistance de l'angoisse qui lui donne son caractère morbide. Elle est chronique, c'est l'attente anxieuse comme l'a dit si bien Freud ; et elle est violente, troublant tout l'organisme.

Les états anxieux jouent dans la pathologie nerveuse un rôle considérable. Il n'est donc pas étonnant que divers auteurs aient cru pouvoir, à cause de leur importance, les grouper au point de vue d'en faire une entité morbide, qui fut décrite par Freud, de Vienne, en 1895, sous le nom de Névrose d'angoisse. Les délires émotifs de Morel, la névropathie cérébro-cardiaque de K rishaber (1873), l'anxiété paroxystique de Brissaud (1890) constituaient des études de l'angoisse et préparaient le terrain sur lequel Freud, et divers auteurs français à sa suite, avaient cru pouvoir bâtir la névrose d'angoisse.

Hartenberg, en 1890, avait publié sur ce sujet d'intéressants articles et il avait cru entrevoir la possibilité d'une classification à part de ces états — tout en reconnaissant que neurasthénie et névrose d'angoisse se combinent fréquemment dans une forme mixte. — Il n'admet plus aujourd'hui l'existence, comme entité morbide de la névrose d'angoisse. Et cependant il est des cas où les trois symptômes essentiels — attente anxieuse chronique, crises d'angoisse paroxystique, phobies — existent sans que le malade présente ni dépression, ni fatigue, ni phobie, ni rachialgie, ni dilatation de l'estomac. Ces cas sont rares et ne suffisent pas pour maintenir avec eux l'existence d'une entité, la névrose d'angoisse. Ils rentrent plutôt dans la neurasthénie. Quant au contraire, l'idée fixe ou la phobie domine la scène, on classera le malade dans la Psychasthénie de Janet, bien que ce terme soit encore impropre, puisque ces malades ne présentent pas d'asthénie, c'est-à-dire d'affaiblissement intellectuel.

Tout en réservant un caractère provisoire à cette classification, qui ne satisfait pas sur tous les points, l'existence de trois grandes névroses bien distinctes : la neurasthénie, l'hystérie et la psychasthénie, reste généralement admise.

Quant à l'autonomie de la névrose d'angoisse elle fut longtemps discutée, alternativement combattue et défendue par beaucoup d'auteurs : Pitres et Régis, Pierre Janet, Gilbert Ballet, Lalanne, etc.

Au Congrès de Grenoble, en 1902, à la suite du rapport de ce dernier, on admit, après une discussion fort intéressante, que la névrose d'angoisse n'est pas une maladie spéciale, mais un syndrôme qui se greffe sur un fond névropathique. Il s'associe le plus souvent à la neurasthénie et à la mélancolie. Mais il peut survenir dans toutes les autres névroses et dans bon nombre de psychoses, les délires aigus, et chroniques systématisés, la psychose maniaque dépressive, etc.

II

Etiologie et pathogénie des états anxieux

La principale cause de l'anxiété émotive, généralement admise, réside dans une prédisposition héréditaire. C'est, en somme, de la dégénérescence qui se manifeste surtout par une émotivité exagérée. Ces malades sont nés peureux, perpétuellement inquiets, en proie aux hésitations, aux srupules, aux découragements faciles.

Mais la prédisposition acquise nous paraît jouer un rôle au moins aussi important. Elle résulte des infections diverses de l'enfance, des émotions déprimantes, de l'éducation mal comprise, du surmenage moral. Sur ce terrain préparé vont croître et grandir les inquiétudes, les peurs, les angoisses avec leur cortège d'obsessions et de phobies. Plus tard, chez l'adulte, toutes les causes d'intoxication des centres nerveux, les maladies infectieuses, l'arthritisme, les maladies de tous les organes de défense et d'élimination (foie, reins, etc.), les intoxications volontaires par la morphine, l'alcool, etc., pourront encore créer les états anxieux en troublant l'équilibre des fonctions nerveuses.

Et chez ces sujets nous verrons bientôt surgir les inquiétudes pour les motifs les plus futiles : ils ne peuvent pas être calmes ; ils sont toujours dans l'état anxieux.

A côté de ces causes dont l'action est lente, nous placerons par opposition les accidents qui, brusquement, peuvent créer une disposition morbide de l'organisme, se caractérisant aussi par l'état anxieux. On constate dans les névroses traumatiques, des caractères particuliers de l'angoisse en rapport avec sa cause. Chez le sinistré, les préoccupations d'avenir, l'appât d'un gain anormal, peuvent, inconsciemment, maintenir et exagérer l'état anxieux.

Nous devons éviter de confondre ici la cause avec l'effet. C'est, en somme, l'émotion dans la genèse de l'état anxieux qui a la plus grande importance, et non pas l'anxiété qui augmente l'émotivité. Mais les deux choses vont souvent de pair.

Les troubles sexuels jouent un rôle considérable dans la pathogénie des états anxieux. C'est à tel point que Freud attribuait toujours chez l'homme et chez la femme, une origine sexuelle à la névrose d'angoisse. Celle-ci, d'après ses observations, serait provoquée par « toutes les conditions qui contribuent à une accumulation de tension génésique, satisfaction incomplète des besoins génitaux, coït interrompu, suppression brusque d'habitudes d'onanisme, etc. »

D'après nos observations personnelles, nous pensons que la privation sexuelle comme telle, joue un rôle secondaire dans l'apparition de ces névroses.

C'est plutôt la peine morale qu'entraîne la rupture affective, l'humiliation de l'amant repoussé, la tristesse du mari ou de l'épouse délaissée, l'émotion déprimante, qui jouent le rôle essentiel dans la pathogénie de l'angoisse.

III

Symptomatologie des états anxieux

Nous avons vu dans les définitions préalables en quoi consistent ces phénomènes émotifs auxquels nous donnons les noms d'anxiété et d'angoisse. Nous analyserons brièvement les modifications que ces états pathologiques entraînent sur l'intelligence, le sentiment, les fonctions motrices et les fonctions viscérales

L'homme qui est dans un état d'inquiétude est au point de vue intellectuel, comme au point de vue moteur, un engourdi. Il n'a plus la faculté d'attention volontaire : il ne peut plus diriger sa pensée ; il ne peut même se mouvoir comme il le voudrait. Il est triste et morne. Toutes ses fonctions viscérales, la digestion, la respiration, la circulation se font d'une façon pénible, ralentie. Le malade angoissé ressent un resserrement de la gorge et de la poitrine, il étouffe. Parfois il se plaint d'une douleur au creux de l'estomac : parfois au niveau du cœur.

Chez les dégénérés — comme d'ailleurs chez les survenés par diverses causes — chez ceux en somme qui présentent des obsessions et des phobies, nous rencontrons parfois des états anxieux chroniques. Les malades sont dans l'état

auquel Freud a donné le nom d'attente anxieuse et que Hartenberg décrit sous le nom d'anxiété chronique diffuse.

C'est la panophobie. Le malade se sent envahi par une peur vague, qu'il ne peut préciser. Il n'est pa scertain de ce qu'il ressent, il ne se sent plus maître de sa pensée, il est poursuivi par une inquiétude générale, par la crainte d'un grand danger.

D'autrefois la phobie se systématise et se porte sur un objet unique; c'est la peur de l'hostie et de tout ce qui y touche, c'est la peur des chats, la peur des couteaux, etc. Dans ces cas de phobies, qu'elles soient diffuses ou précises, l'état émotif du malade est toujours l'anxiété, qui en constitue l'élément essentiel.

Lorsque au contraire, le côté intellectuel prédomine sur le phénomène émotif, lorsque le sentiment perd de sa force, lorsque l'émotion passe dans la sphère mentale, nous nous trouvons en présence de l'idée fixe, de l'obsession. C'est, comme dit Ribot, l'hypertrophie, la forme quasi-tétanique de l'attention. Et comme dans les phobies, c'est l'état anxieux qui donne à l'obsession toute son importance, mais il est généralement moins net que dans les phobies, et ne se constate que par des troubles de vaso-constriction, pâleur du visage, crispation de la face, sans troubles bien nets de la respiration, sans la grande agitation de l'angoisse.

L'idée fixe de l'obsession c'est une idée parasite, une idée étrangère qui s'introduit spontanément dans le champ de la conscience et qui entrave le cours régulier des opérations mentales (Pitres et Régis). Cette idée est aussi irrésistible, elle s'établit, de force, à la façon de l'idée suggérée qui s'impose aux hypnotisés. La conscience se révolte contre l'invasion de cette idée et il en résulte une lutte, lutte d'autant plus pénible, que l avolonté n'arrive pas à vaincre, et ne fait que rendre plus claire à la conscience l'idée morbide.

A l'angoisse de se sentir envahi par une idée étrangère, le malade en luttant ajoute l'anxiété de ne pouvoir la chasser.

Voilà, brièvement décrites, les modifications qu'apporte l'état anxieux dans les fonctions intellectuelles et sentimentales. Nous connaissons déjà les troubles qu'il apporte dans les fonctions viscérales et motrices: ce sont en somme tous les troubles névropathiques des grandes fonctions: dyspnée, palpitations, crises convulsives, perturbations des secrétions sur lesquels il nous parait inutile de nous étendre.

IV

Mécanisme des états anxieux. Hypothèses et théories

Nous pensons que dans l'étude de l'angoisse et de l'anxiété, il n'est pas possible de séparer les troubles psychiques des troubles organiques. Ils sont, comme dans tous les phénomènes que nous observons chez l'homme, intimement unis.

Pour Sollier, l'anxiété est un phénomène de cénesthésie cérébrale qui vient à l'appui de sa théorie cérébrale de l'émotion. Pour lui, l'émotion est un phénomène cérébral primitif, ressenti comme tel par la conscience.

Pour James et Lange au contraire l'émotion n'est que la conscience des variations neuro-vasculaires, des variations organiques que l'excitation des centres nerveux amène dans le corps. Il y a dans tout état anxieux, comme dans toute émotion, une idée, une image, une perception ou même une sensation. Ce sont ces états qui vont retentir sur les centres vaso-moteurs et entraîner ensuite les modifications particulières à l'émotion anxieuse.

Pour Hartenberg, il existerait quelque part, dans nos centres nerveux, un

mécanisme préétabli, présidant à la réalisation de l'émotion anxieuse. Il ne s'agit pas, dans son idée d'un centre anatomique mais d'un système d'association entre les divers centres corticaux et bulbaires qui commandent aux réactions viscérales, en sorte qu'ils se déclanchent sous une incitation spécifique venant d'une représentation cérébrale. Ce mécanisme paraît se justifier par les faits et l'auteur suppose que le grand sympathique et aussi le vague, ces régularisateurs de l'activité viscérale, sont les voies principales de l'émotivité anxieuse.

En somme, pour bien comprendre la nature d'un phénomène comme l'état anxieux, il faut examiner les faits attentivement ,en dehors de toute idée métaphysique préconçue. Il est certain en effet que des angoisses peuvent être dues à une influence purement physique: une douche d'eau glacée sur la nuque produit tous les troubles de l'angoisse. Dans ce cas, l'angoisse n'est que la conscience vague d'un trouble très réel se produisant dans la fonction respiratoire ou circulatoire par ischémie des centres bulbaires; d'autre part, une émotion comme la joie peut n'avoir pour cause qu'une verre de vin, ou chez le morphinomane, par exemple, qu'une bonne injection de morphine.

C'est donc par l'analyse des phénomènes organiques que nous arriverons à comprendre un jour les phénomènes psychologiques qui les accompagnent.

Et c'est surtout sur le terrain de la pathologie générale que nous pourrons mieux saisir les faits intéressants. Pour Pierre Bonnier, on naît ou l'on devient asthmatique ou migraineux, et il admet que cette prédisposition peut ne pas être héréditaire, mais individuelle et créée par le surmenage de certains centres bulbaires, fortement ébranlés ou troublés par une émotion, par un traumatisme, par une maladie, et restant incapables de reprendre leur équilibre physiologique, créant ainsi une réceptivité pathologique.

Les réactions bulbaires asthmatiques ou anxieuses vont dès lors se révéler ou se répéter à l'occasion de sollicitations aussi nombreuses que variables. Tel homme ne fait d'asthme qu'à tel endroit ,par telle odeur; tel homme ne fait d'anxiété qu'à l'occasion de tel excitant sensoriel ou psychique; il est phobique, douteur, scrupuleux, déprimé à l'occasicn de telle vue, de telle pensée ,de tel ordre d'idées. Or, cette réaction bulbaire, de même qu'elle semble surgir et s'accrocher àtel mode fonctionnel, peut s'en décrocher.

Bonnier a cherché expérimentalement à atteindre divers centres bulbaires, non pas par le IVe ventricule, mais par la voie large et directe du trijumeau nasal. En cautérisant très superficiellement tel point périphérique du trijumeau, on obtient souvent une sédation immédiate et définitive des centres bulbaires situés au niveau de bout central conjugué, et on peut modifier aussi une foule d'états pathologiques, chroniques et anciens. Tel malade qui faisait de l'asthme des foins par tel odeur ou tel mode d'excitation peut impunément braver ces excitations sans aucune réaction asthmatique.

Tel autre pourra penser sans anxiété à telle chose qui lui donnait hier l'affre psychique et viscérale la plus pénible; son idée fixe est chassée aisément et disparaît; sa phobie, son agoraphobie n'existent plus ,ses dérobements moraux et mentaux, ses doutes, ses scrupules le quittent en quelques heures. La réaction anxieuse est comme coupée et le cerveau délesté, reprend toute sa liberté, toute son assurance physiologique.

L'état d'émotivité a disparu, le terrain clinique a changé, la réaction anxieuse ne vient plus entraver le fonctionnement des sens et du cerveau, et l'état bulbaire seul a été touché, modifié.

L'état cérébral est immédiatement redressé, dégagé de la réaction anxieuse qui n'était pas un phénomène cérébral mais bulbaire.

H. Piéron a publié à la Société de Psychologie de Paris (6 mai 1910) une communication dont les conclusions tendaient à prouver que la théorie péri-

phérique des émotions était fausse. Sa thèse était appuyée par les expériences de Pagano et de Gemelli, qui démontrent que le noyau caudé et le bulbe ne suffisent pas à la genèse des émotions mais que la participation de l'écorce est réellement nécessaire.

Ces expériences sont très délicates; elles se font sur des chiens, et le principe en est l'excitation localisée des corps striés et des centres bulbaires par des injections colorées de curare. On constate des phénomènes constants: peur, angoisse, terreur intense dans certains cas; colère violente dans d'autres ,etc. A l'autopsie, on vérifie la diffusion du poison coloré et l'on note des centres qui ont été excités.

Il reste certain que le bulbe joue un rôle capital comme substratum anatomique des phénomènes émotifs. Mais il est difficile de distinguer ce qui est bulbaire de ce qui est cortical.

L'anxiété est la perturbation de l'équilibre fonctionnel. La réaction anxieuse est bulbaire par ses associations et ses irradiations. Et naturellement, la sensation consciente de cette réaction est cérébrale.

Il nous paraît difficile actuellement de pénétrer davantage le mécanisme psycho-physiologique de l'anxiété et de l'angoisse.

V

Thérapeutique des états anxieux

Nous considérons l'état anxieux comme un syndrôme pouvant se rencontrer dans des maladies fort diverses. Nous pourrions donc nous étendre longuement sur le traitement si complexe de ces nombreuses affections.

La chose nous paraît inutile, et déplacée dans ce rapport, et nous croyons mieux faire en résumant quelques idées susceptibles de discussion, et de conclusions pratiques.

Il nous paraît d'abord évident que la psychothérapie, le traitement moral, joue un rôle essentiel dans la cure des états anxieux. Nous avons été souvent surpris par la rapidité incroyable avec laquelle nous dissipions des angoisses terribles, alors qu'on venait tout effrayés, nous chercher d'urgence, rien que par quelques paroles réconfortantes, rien qu'en rassurant le malade d'un mot, d'un regard, d'une cordiale poignée de mains. Il se sentait soutenu, son attention se fixait ailleurs, et son angoisse se dissipait comme par enchantement.

Ces faits démontrent que la première indication à remplir est de combattre l'émotivité anormale de l'anxieux. Cette émotivité exagérée reconnait des causes diverses. Elle est parfois héréditaire et, alors encore, une éducation mal comprise l'a augmentée souvent.

Elle est d'autres fois — et nous croyons la chose plus fréquente qu'on ne l'admet généralement — acquise pendant la vie, par suite souvent des infections multiples de l'enfance, par suite parfois d'émotions vives, de surmenage moral, de traumatismes.

Dans les deux cas, que l'émotivité pathologique soit constitutionnelle ou acquise, la rééducation morale sera la base du traitement et le rôle du médecin consistera tout d'abord à éclairer le malade et son entourage sur la nécessité de combattre la tendance aux émotions faciles.

Il l'aidera à lutter contre sa sensibilité, et s'efforcera de développer au contraire la raison, la volonté, le caractère; il prêchera le calme dans toutes les circonstances.

La seconde indication à remplir pour guérir les états anxieux c'est d'améliorer l'organisme du malade et de fortifier son système nerveux. L'émotivité

anormale est souvent liée à des troubles de la santé physique. Rechercher d'abord s'il n'existe pas des causes d'intoxications, auto-intoxication d'origine alimentaire, par exemple, engorgement du foie, infections diverses. On s'efforcera de les combattre par les moyens appropriés.

Surveiller aussi la nutrition générale, les secrétions, examiner les urines. Pour améliorer tout ce fonctionnement, pour augmenter ainsi la résistance cérébrale, rien de tel que les exercices physiques, la gymnastique bien comprise, le travail manuel bien réglé, l'entraînement au travail; c'est dans les états d'enxiété qu'il importe surtout de régler minutieusement la journée du malade. Il faut imposer à celui-ci un programme lui fixant les heures de repos, les heures de travail; lui dosant son activité physique et intellectuelle.

La vie au grand air, le repos en dehors du milieu habituel, les promenades, intéressées par un but comme la recherche des fleurs pour un herbier, des cailloux pour une collection de minéralogie, des vieux cuivres dans les maisons villageoises pour l'amateur d'antiquités, voilà ce qu'il faut pour rendre le calme à l'émotif, et pour guérir l'état anxieux.

Les traitements physiques peuvent aussi rendre des services: le bain tiède prolongé, la douche chaude suivie d'un jet refroidi, certaines applications locales (affusion sur les genoux) ont une action très efficace pour combattre l'angoisse chez certains malades, chez ceux qui ont une circulation défectueuse et dont la nutrition est ralentie. L'électricité sous la forme du bain statique avec effluves sur la tête, et la haute-fréquence, au moyen du lit-condensateur m'ont paru en maintes circonstances rendre le calme aux malades.

Le massage vibratoire de la nuque et de la colonne vertébrale, le massage manuel général me paraissent également des adjuvants utiles dans la cure des états qu inous occupent.

Mais il m'a semblé que les médicaments conservaient ici une réelle importance. Ce n'est d'ailleurs guère que pour combattre des états anxieux que nous les employons encore, dans la cure des névroses.

Dans des crises d'angoisse aiguë le nitrite d'amyle, en dilatant les vaisseaux, nous paraît fort utile. Mais nous préférons l'opium, sous toutes ses formes et le bromure de potasse, qui agissent d'une façon plus durable. Les doses et le mode d'emploi varient énormément suivant les cas.

Nous pensons également le veronal un adjuvant utile, non seulement le soir comme hypnotique, mais comme sédatif, durant la journée, à petites doses.

L'alcool, le chanvre indien, l'iode qui agit sur l'artériosclérose — les toniques du cœur, les médicaments stomachiques et excitants, peuvent aussi être utilisés, dans certains cas, et modifier indirectement l'état anxieux.

Enfin, la cautérisation de certains centres bulbaires, l'anesthésie momentanée par la cocaïne de la muqueuse du nez sont aussi des moyens de calmer une crise d'angoisse comme ils peuvent guérir un accès d'asthme.

Que cette longue énumération de moyens thérapeutiques ne nous rende pas trop sceptiques!

Ayons foi dans la médecine et confiance dans l'avenir qui lui réserve les plus belles joies.

Dès maintenant nous pouvons envisager le moment où, connaissant le mécanisme intime de l'anxiété, nous en posséderons le remède spécifique. Et du même coup nous aurons en main la guérison certaine de ces maladies terribles qui accablent l'homme dans ce qu'il a de plus noble et de plus élevé, dans sa belle intelligence: nous pourrons guérir alors les obsessions et les phobies, — comme nous guérissons aujourd'hui la hernie, — par une cure radicale et définitive.

VI

Conclusions

1° L'état anxieux, dont nous ignorons encore le mécanisme intime, est la conscience plus ou moins nette d'un trouble très réel se produisant dans les fonctions de la respiration et de la circulation.

C'est un syndrôme constitué par des signes psychiques et physiques.

Il n'existe pas seul, mais il est toujours en relations étroites avec d'autres maladies : la neurasthénie, la psychasthénie, la psychose maniaque-dépressive ; ou avec d'autres troubles organiques qui peuvent être produits par une commotion (traumatisme), ou par une émotion violente.

2° L'existence de l'entité « névrose d'angoisse » n'est pas légitime et ne se justifie ni par son étiologie, ni par ses symptômes, ni par sa terminaison.

3° L'état anxieux joue le rôle capital dans les auto-suggestions qui constituent, grâce à une réceptivité spéciale des centres nerveux, ébranlés à ce moment d'une façon particulière, les obsessions et les phobies.

4° Le traitement de l'état anxieux est surtout psychothérapique et médicamenteux. Il peut aboutir à la guérison de cet état et par suite à celle des états psychasthéniques.

Problèmes :

1° Existe-t-il des faits tendant à établir pour quelles causes surviennent, dans certains cas, les états anxieux et pas dans d'autres, bien qu'il s'agisse de sujets émotifs dans chaque cas ?

2° Quelle est la base organique de l'état anxieux ? En quoi ces troubles diffèrent-ils de ceux qui existent dans l'émotion qui ne s'accompagne pas d'anxiété ?

3° Les troubles anxieux doivent-ils être considérés comme la névrose du grand sympathique et se localiser dans cette partie du système nerveux ?

4° Quel est le rôle de l'état anxieux dans les auto-suggestions, et en particulier dans les névroses traumatiques ?

5° Quel est le rôle de l'état anxieux dans les psychoses ?

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Morel. — *Le délire émotif.*
Pitres et Régis. — *Obsessions et impulsions.*
Freud. — *Angst-neurose* (articles).
Brissaud. — *L'angoisse laryngée.*
L'anxiété paroxystique.
Mosso. — *La peur.* (Alcan, 1908.)
Taurel. — *La psychasthénie.*
Raymond et Pierre Janet. — *Les obsessions et la psychasthénie.*
Gilbert-Ballet. — *Traité de pathologie mentale.*
Sollier. — *Le doute.* (Alcan, 1909.)
Lalanne. — *Les états anxieux dans les maladies mentales.* (Congrès de Grenoble, 1902.)
Deny et Ligy. — *Mélancolie anxieuse et obsessions hallucinatoires.* (*Revue neurol.*, 1910, n° I, p. 13.)
Francotte, X. — *Crises d'anxiété avec impossibilité de garder la position assise.* (*Journal de neurologie*, 1907, n° 14.)
Hartenberg. — *La névrose d'angoisse.* (*Presse médicale*, 3 novembre 1906, p. 704.)
— *La névrose d'angoisse.* (*Revue de médecine*, 1901, n°s 6, 7, 8.

— *Nouvelles observations sur la névrose d'angoisse,* (*Archives de neurologie,* 1903, n° 89.)
Paul LAFOND. — *La situation clinique de la mélancolie anxieuse.* (Paris, Jousse et Cie, 15, rue Racine.)
CAPGRAS. — *Contribution à l'étude de la névrose d'angoisse.* (*Annales médico-psychologiques,* Dr Baillarger.)
LANGE. — *Les émotions.* Traduction par Dumas. (Alcan, 1902.)
LONDE. — *Le l'angoisse.* (*Rev. de Médecine,* 1902.)
Th. RIBOT. — *La psychologie des sentiments.* (Alcan, 1908.)
GRASSET. — *Introduction physiologique à l'étude de la philosophie.* (Alcan, 1908.)
DEJERINE. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses.* (1911.)
DALLEMAGNE. — *Dégénérés et déséquilibrés.*
DUBOIS. — *Les psychonévroses et leur traitement moral.*
DE FLEURY. — *Introduction à la médecine de l'esprit.*
DENY et CAMUS. — *La psychose maniaque-dépressive.*
KRÆPELIN. — Munich. *Psychiatrie.* (8e édition.)
DUMAS. — *La tristesse et la joie.*
FÉRÉ. — *Excitation sexuelle dans l'angoisse.* (*Rev. neur.,* 1902.)
RÉGIS. — *Précis de psychiatrie.*
ROGUES DE FURSAC. — *Psychiatrie.*
ZIEHEN. — *Situation clinique des psychoses anxieuses.* (*Encéphale,* 1909.)
RAYMOND, Prof. — *Psychasthénie et obsessions.* (*Journal des Praticiens,* septembre 1909.)
BRIL. — *The anxiety neuroses.* (*Journal of abnormal Psychology,* June-July 1910.)
BOUVERET, L. — *La neurasthénie,* 1891.
BEARD, G. — *Die Nervenschwäche,* traduction allemande. (Leipzig, 1883.)
Revue Neurologique. — *Du rôle de l'émotion.* (1909, 10 déc.)
Pratique médico-chirurgicale. — *Articles obsessions-angoisse.*
IVe Congrès annuel des Neurologistes allemands (Berlin, octobre 1910. — *Pathogénie et thérapeutique des états d'angoisse.*

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 9 novembre 1911. — Présidence de M. DUPRÉ

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux

MM. FOIX et KINDBERG. — Une femme âgée de 71 ans est depuis 15 ans à la Salpêtrière, elle est devenue sourde progressivement depuis deux ans. En juin 1910, elle aurait eu une paralysie du côté droit, sans ictus, avec troubles de la parole et de la déglutition moins marqués qu'aujourd'hui ; le tout aurait disparu assez vite après une abondante épistaxis.

Les accidents actuels se sont rapidement constitués. « Tout d'un coup », écrit la malade.

Tout d'abord une paralysie faciale gauche, à type périphérique et portant également sur le facial supérieur et le facial inférieur ; il existe au repos un léger degré de contracture si bien que l'on hésite sur le côté paralysé, mais la

paralysie devient évidente dès que la malade ouvre la bouche, veut parler, rit ou pleure.

Puis surdité bilatérale complète. Il est impossible de se faire entendre. Il semble bien que l'on doive incriminer les nerfs acoustiques eux-mêmes. L'épreuve de Barany à gauche comme à droite ne provoque aucun nystagmus, aucun entraînement quelle que soit la position de la tête, aucun vertige (M. Hautant). Il y a par conséquent *paralysie complète des deux branches du nerf auditif* et abolition totale des réactions labyrinthiques.

La langue est paralysée, sans atrophie, elle est inerte, molle immobile, non déviée.

1° Toute déglutition est impossible, — on nourrit la malade à la sonde nasale, — et nous notons à ce propos un réflexe œsophago-salivaire très prononcé : 2° la malade ne peut prononcer une parole; ce mutisme semble fonction des paralysies décrites. Elle peut crier, elle arrive à dire oui. L'examen du larynx pratiqué par M. Hautant ne montre qu'un très léger degré de parésie, sans paralysie; 3° peut-être les mêmes causes expliquent-elles la gêne respiratoire dyspnée intermittente avec tirage, sans signes d'auscultation, et qui dépend sans doute de la stase des mucosités. La malade écrit souvent : « Je voudrais cracher. » Le spinal médullaire (sterno-cléido-mastoïdien, trapèze) ne paraît pas atteint. Enfin, l'examen des yeux, pratiqué par M. Coutela, est négatif; à droite, il existe une taie, cicatrice d'un ulcère développé en 1870 à la suite d'un traumatisme. A gauche : la musculature, interne ou externe, est intacte ; il n'y a pas de lésions du fond de l'œil.

Aux membres, il existe des deux côtés une exagération manifeste des réflexes tendineux ; nous obtenons, surtout à droite, les signes de Babinski, d'Oppenheim, des raccourcisseurs ; il existe du clonus bilatéral. La force musculaire est légèrement diminuée à droite.

La ponction lombaire nous montre un liquide clair, hypertendu, jaillissant presque horizontalement.

L'albumine est très nettement augmentée ; le Nonne est négatif. Il existe une lymphocytose de 10-12 éléments par champ d'immersion.

La réaction de Wassermann est négative avec le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

En somme : *Paralysie bilatérale totale des deux branches du nerf auditif* et abolition complète des réaction labyrinthiques.

Impossibilité de la phonation et de la déglutition qui semble ressortir d'une atteinte des VIII[e], IX, XII[e] paires.

Paralysie *faciale* unilatérale gauche. Douleur cervico-occipitale avec contracture.

Signes d'irritation modérée des voies pyramidales.

Absence de signes de stase. Absence de *phénomènes cérébelleux* (asynergie, dysmétrie, vertige).

Liquide céphalo-rachidien hypertendu, avec quantité d'albumine augmentée et lymphocytose modérée.

Réaction de Wassermann négative.

Tels sont les éléments dont nous disposons.

Or, à l'autopsie, nous avons constaté la tumeur volumineuse que voici :

La tumeur qui mesure environ cinq centimètres sur quatre est logée dans l'angle ponto-cérébelleux gauche et s'est développée à la fois vers le rocher et vers l'intérieur du crâne.

A la face supérieure de la tumeur, on aperçoit refoulés en haut le trijumeau, le moteur oculaire externe, le facial et l'acoustique. Notons pour ces deux derniers, que l'orifice interne du conduit auditif interne est profondément infiltré.

Le spinal et l'hypoglosse sont englobés dans la tumeur.

En somme, malgré l'absence de stase, malgré l'absence de symptôme cérébelleux, il s'agissait d'une tumeur très volumineuse de l'angle ponto-cérébelleux. Mais au lieu de se développer uniquement du côté des centres nerveux, le néoplasme avait respectivement respecté la dure-mère dont la face interne ne présente que deux bourgeons volumineux et s'était surtout développé du côté de l'os.

Il nous paraît donc légitime de conclure :

1° L'absence de stase, l'absence de signes cérébelleux, ne suffisent pas à écarter le diagnostic de tumeur ponto-cérébelleuse même volumineuse.

2° Si l'on n'a aucun signe net de syphilis (en particulier en cas d'absence du signe d'Argyll Robertson, et si la réaction de Wassermann est négative), on doit penser à ces tumeurs en présence d'un syndrome répondant à la polynévrite des nerfs craniens » comme l'a assez improprement nommé Minor.

Diplégie faciale au cours de la leucémie

Chez un malade atteint de leucémie lymphoïde chronique, survient brusquement en quarante-huit heures une diplégie faciale qui persiste depuis trois mois.

La nature périphérique de la lésion n'est pas douteuse : la réaction de dégénérescence, le signe de Bell en font foi.

Le siège extrabulbaire de la lésion anatomique est bien probable, puisqu'il n'existe aucun signe associé indiquant une atteinte du névraxe. La constitution normale du liquide céphalo-rachidien (absence de lymphocytose, albumine normale, Wassermann négatif) élimine l'idée d'une méningite basilaire et spécialement d'une névrite syphilitique.

L'examen des oreilles et l'histoire du malade ne nous permet pas de penser qu'il s'agit de paralysie otitique.

Resterait l'origine rhumatismale de cette diplégie ; mais le malade n'a accusé au début aucun signe subjectif ; il n'est pas rhumatisant, il déclare ne s'être exposé à aucun refroidissement.

Dans ces conditions, il nous semble légitime de penser que cette diplégie est en rapport avec la leucémie lymphoïde dont il est atteint depuis un an.

Un cas de paralysie ischémique de Volkmann

MM. THOMAS et MOUNIER rapportent le cas d'une fillette qui fut atteinte d'une fracture de l'avant-bras droit suivie d'une paralysie avec contracture de ce membre, avec hypoesthésie de la main et troubles vaso-moteurs.

On peut incriminer soit l'ischémie et son retentissement sur les extrémités nerveuses, soit la compression des nerfs. Sans exclure complètement la deuxième, la première hypothèse paraît la plus vraisemblable ; il est à remarquer que malgré la compression directe des nerfs à l'avant-bras, il n'existe pas de troubles sensitifs sur la peau de la même région.

Un cas de paralysie isolée du grand dentelé

M. THOMAS. — Les déformations, en présence desquelles nous nous trouvons, sont bien celles de la paralysie du grand dentelé ; le décollement si spécial de l'omoplate dans la projection du bras et la très grande difficulté de mettre le membre supérieur dans la position verticale, à cause de l'*absence du mouvement de sonnette*, ne laissent aucun doute à cet égard. Cependant pour être imparfaite, difficile et fatigante, l'élévation verticale du bras n'est pas absolument impossible : il peut dépasser notablement la ligne horizontale.

Notre malade exerce la profession de coiffeur ; et il est presque superflu de

rappeler que dans l'acte de raser, comme dans celui de coiffer, de frictionner, de tondre, le grand dentelé est sans cesse en activité, puisque le bras s'élève continuellement au-dessus de l'horizontale, et que l'omoplate se promène sans trêve sur la paroi thoracique.

Or, à la fin du mois de juillet, il a dû, par suite du départ de son commis, satisfaire seul aux besoins de la clientèle, et il s'est littéralement surmené. C'est dans le cours de cette période de fatigue que sont survenues et les douleurs et la paralysie, et les craquements de la région sous-scapulaire. Il n'est pas illogique d'admettre que la bourse séreuse sous-scapulaire, qui normalement facilite le glissement de l'omoplate sur la paroi thoracique, s'est enflammée sous l'influence du surmenage, et que cette inflammation s'est propagée au nerf grand dentelé qui est en contact avec elle.

Etude dynamométrique dans les paraplégies spasmodiques

MM. BAUDOUIN et FRANÇAIS. — L'examen dynamométrique des hémiplégiques, pratiqué suivant une technique déjà exposée dans un précédent travail, nous a démontré qu'une lésion étendue, intéressant le faisceau pyramidal au niveau de l'encéphale, déterminait un déficit global de la force, la force résiduelle de chaque muscle restant à peu près proportionnelle à sa force antérieure. Il était *a priori* vraisemblable qu'une lésion intéressant le faisceau pyramidal dans la moelle devait déterminer un déficit moteur du même type: c'est ce que nous avons constaté dans certains cas de compression médullaire.

Nous avons examiné tout d'abord des sujets atteints de lésions médullaires transverses haut placées, en ne prenant que des cas où la lésion n'allait pas au-dessous de la région cervico-dorsale supérieure.

Nous avons constaté l'existence dans le domaine des fléchisseurs d'une notable diminution de la force. Mais les extenseurs sont toujours intéressés et il y a des cas où leur déficit l'emporte sur celui des fléchisseurs. Les variations peuvent sans doute s'expliquer par ce fait qu'en matière de syphilis médullaire, on peut avoir des lésions de méningo-radiculite associées aux lésions pyramidales.

Nous voyons donc que quel que soit le type de paralysie spasmodique que l'on envisage, l'on trouve, à peu de chose près, le même type de trouble de la fonction musculaire. On peut donc dire que, dans l'ensemble, ces résultats ne permettent guère de déduction diagnostique. Cependant, il nous semble que, dans un cas déterminé, si la force de flexion est très diminée par rapport à celle de l'extension, c'est une raison de penser plutôt à la syphilis.

Modification des réflexes cutanés sous l'influence de la compression

M. BABINSKI. — On sait que la compression d'un membre par la bande d'Esmarch peut déterminer une abolition des réflexes tendineux de ce membre même dans les cas pathologiques où il y a hyperréflexie tendienuse et trépidation épileptoïde.

Des expériences que j'ai faites sur des sujets atteints de paralysie avec contracture liée à des lésions du système pyramidal, et présentant le phénomène des orteils m'ont conduit à constater que, sous l'influence d'une pareille constriction du membre inférieur, les réflexes cutanés subissent aussi parfois des modifications.

Lorsque la compression a été suffisamment prolongée, les orteils ne réagissent plus du tout sous l'influence de l'excitation de la plante du pied: ils restent immobiles. Mais, quelques instants après que la bande a été ôtée, on observe une transformation du réflexe cutané plantaire: le phénomène des orteils le

plus parfait, caractérisé par une extension du gros orteil et par une abduction des autres objets, fait place, pour quelques minutes, à un réflexe cutané plantaire absolument normal (flexion des orteils sans aucune abduction, quelle que soit la région de la plante du pied sur laquelle porte l'excitation . Plus ordinairement, le signe des orteils ne se modifie que partiellement: l'excitation du bord interne de la plante du pied provoque la flexion du gros orteil, tandis que cet orteil s'étend quand le pied est excité sur son bord externe. De ces observations il semble permis d'inférer que, dans le cas où l'on trouve le signe des orteils, le réflexe cutané plantaire normal n'a pas nécessairement disparu, que sa manifestation est simplement entravée par une puissance qui agit en sens contraire et qui est prépondérante.

De plus, chez des sujets atteints de paraplégie spasmodique en extension, avec exagération des réflexes tendineux et réflexes cutanés de défense, la compression, tandis qu'elle affaiblit les réflexes tendineux, augmente d'une manière notable les réflexes cutanés de défense, et alors la moindre excitation de la peau provoque momentanément une contracture en flexion reproduisant la forme de paraplégie spasmodique que j'ai décrite récemment, en l'opposant à la paraplégie spastique spinale d'Erb ou tabes dorsal spasmodique de Charcot. (Voir: Société de Neurologie, séance du 12 janvier 1911.)

Réapparition provoquée et transitoire de la motilité volitionnelle dans la paraplégie

MM. BABINSKI et JARKOWSKI. — Dans certains cas de paraplégie spasmodique où la motilité volitionnelle semble complètement abolie, on peut la faire transitoirement réapparaître par certains procédés. Nous avons obtenu ce résultat soit par des excitations électriques provoquant d'énergiques mouvements réflexes de défense, soit par la constriction au moyen de la bande d'Esmarch, qui, ainsi que l'un de nous vient de le montrer, exagère notablement ces réflexes.

Voici une malade atteinte d'une paraplégie crurale liée à une compression de la moelle dans la région cervicale; les mouvements des membres inférieurs sont complètement abolis; ses réflexes tendineux sont exagérés; elle a des réflexes de défense assez forts, et une anesthésie qui occupe les membres inférieurs et le tronc jusqu'au-dessus de la ligne mammaire. Quand on applique les électrodes d'un appareil faradique des deux côtés du genou, elle exécute d'abord des mouvements de défense involontaires; puis elle devient momentanément capable d'accomplir, au commandement, des mouvements d'extension et de flexion de la jambe et de la cuisse, d'abduction et d'adduction de la cuisse. La région du genou n'est pas d'ailleurs la seule dont la faradisation puisse faire réapparaître des mouvements volontaires.

Cotte réapparition de la motilité volitionnelle peut être provoquée d'une manière plus frappante par l'application de la bande d'Esmarch: on comprime le membre inférieure jusqu'à la partie moyenne de la cuisse d'une manière assez énergique pour produire une anémie profonde du membre et on laisse la bande de vingt à vingt-cinq minutes. Quelques minuties après que la bande a été enlevée, la malade exécute spontanément divers mouvements; ce retour de la motilité volitionnelle ne dure que quelques minutes.

Cette réapparition de la motilité volitionnelle, quoique transitoire, prouve que la lésion du système nerveux n'est pas profondément destructive; du reste, jusqu'à présent nous l'avons observée seulement dans la sclérose multiloculaire et dans la compression de la moelle par pachyméningite ou tumeur. Elle peut avoir surtout une valeur pratique dans les cas de néoplasie, lorsque se pose la question d'une intervention chirurgicale; toutes conditions égales d'ailleurs,

l'opération est alors d'autant plus tentante que les mouvements volitionnels provoqués par les manœuvres que nous avons décrites sont plus étendus.

BIBLIOGRAPHIE

L'Homicide en pathologie mentale, par D. Vladoff. (in 8° de 385 pp., Paris 1911, A. Maloine, éditeur. Prix : 10 franns).

La démence est l'affaiblissement profond ou léger, mais irrémédiable, de l'intelligence. Les auteurs se proposent d'étudier le fonctionnement de la machine pensante détériorée. Pour essayer d'apercevoir, à la faveur des dégâts, quelque chose du mécanisme moteur, ils font porter leurs recherches sur ce qui, dans la perception, la mémoire et l'idéation, peut être considéré comme le comportement plutôt que comme l'approvisionnement ou le matériel de la pensée active. D'autre part, ils laissent un peu en dehors de leur investigation ces troubles si souvent étudiés, amnésie, hallucination, délire, et cherchent à pénétrer vers les phénomènes psychiques déficitaires qui, parfois effets des précédents et plus souvent causes adjuvantes, peuvent constituer seuls la démence, exister sans notables perturbations de la mémoire, de la perception ni de l'imagination.

Ils examinent les manifestations de l'invalidité intellectuelle dans le laisser-aller de la vie quotidienne et dans les épreuves artificieuses du laboratoire, dans le repos, dans le travail, dans la rêverie solitaire et dans l'interrogatoire méthodique.

L'activité spontanée des déments, considérée indépendamment de l'agitation, du délire, des hallucinations, est caractérisée surtout par l'inertie, le nonfondement, les lacunes : phénomènes tout négatifs, qu'il est souvent malaisé de déceler.

Le travail peut être amoindri ou aboli chez un dément par autre chose que la démence : encore capable d'un service passable, l'outil achoppe sur des matériaux réfractaires ou dévie sous des impulsions disturbantes : il n'existe en ces cas aucune proportion entre la déchéance du travail et le déficit intellectuel proprement dit. Mais en d'autres cas, au contraire, l'outil émoussé fonctionne librement. Alors les reliquats du travail, les vestiges de capacités passées sont la valable mesure des avaries survenues, quelque apparence trompeuse d'extrême déchéance que puissent donner l'agitation, le délire, l'hallucination.

Pour déceler l'état de conservation et de destruction des mécanismes, il est prudent de les observer en premier lieu dans l'action modérée et dans l'exécution des productions les plus consacrées et les plus communes. Fuyant donc les questions à propos desquelles ils savent que le malade s'excite, qu'il a des idées délirantes, qu'il songe à ses hallucinations, les auteurs dirigent la conversation sur des notions objectives. Ils cherchent, non pas ce qu'une intelligence atteinte et même une intelligence intacte peut parfois engendrer d'extravagance, mais, tout au contraire, ce qu'il reste de normal même en un aliéné, ce qu'il subsiste de valide en une intelligence qui est touchée.

Ainsi le travail d'une part et d'autre part la conversation objective fournissent sur les capacités résiduelles d'un dément les deux principaux ordres de données. Une fois en leur possession, c'est-à-dire en troisième lieu seulement, on peut s'engager dans le labyrinthe du délire, épier les hallucinations et les crises d'agitation, rechercher enfin dans l'action immodérée et dans l'exécution des productions aberrantes et subjectives les traces d'un affaiblissement intellestuel que, sans le fil conducteur fourni par les deux investigations précédentes, on risquerait d'exagérer grandement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les quatre types humains fondamentaux

par le Dr A. MARIE
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif,
Directeur du laboratoire de psychologie pathologique
à l'Ecole des Hautes-Etudes, Paris

et

le Dr Léon MAC-AULIFFE
Maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, Paris

INTRODUCTION ET HISTORIQUE. — Depuis quelques années, les troubles morphologiques qui servent de *stigmates* aux aliénistes et aux criminologistes, sont étudiés avec une nouvelle ardeur et, dans notre pays du moins, un certain nombre de médecins n'y attachent plus qu'une valeur relative.

C'est qu'à la vérité on a mis trop de hâte dans le choix et l'énumération des troubles morphologiques capables de renseigner le neurologue ou l'aliéniste. Trop souvent aussi les observateurs se sont départis de cette loi clinique *qu'un élément de diagnostic ne doit jamais être considéré isolément et ne prend de valeur qu'associé à d'autres troubles.*

Quoi qu'il en soit, depuis cinq ans, un certain nombre de faits nouveaux de morphologie générale s'imposent à l'attention du monde savant — et ces faits sont d'une telle importance qu'ils sont capables, entre autres choses, de fournir une nouvelle orientation à la morphologie appliquée à l'étude de l'aliénation.

Nous voulons parler de la découverte par C. Sigaud et Léon Vincent, de Lyon, en 1906 (1), *des quatre types humains fondamentaux.* Depuis l'apparition du curieux livre de ces auteurs, de nouveaux travaux ont été publiés sur cette importante question par Tricollet (thèse de Lyon, 1906), par A. Chaillou, Thooris et nous-mêmes, dans les *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris* (1910). Enfin l'un de nous (L. Mac-Auliffe), avec la collaboration de A. Chaillou, de l'Institut Pasteur de Paris, vient de publier un nouvel ouvrage sur ce sujet, ouvrage qui fournit les données les plus récentes de morphologie générale (2).

---

(1) *Les Origines de la Maladie*, Paris, Maloine, 1906 (épuisé).

(2) A. CHAILLOU et L. MAC-AULIFFE. *Morphologie médicale.* Etude des quatre types humains. Paris, O. Doin et fils, 1911.

MILIEU COSMIQUE ET TYPES HUMAINS. — Le milieu ambiant cosmique est composé d'ondes de formes variées et de corps à l'état liquide, solide ou gazeux.

La *morphologie générale* peut se définir la connaissance des formes cosmiques et leurs relations, c'est-à-dire de leurs actions et réactions réciproques.

La *morphologie humaine* est la connaissance de la forme humaine et de ses relations avec l'ensemble des formes cosmiques. C'est proprement l'étude du mode suivant lequel notre organisme prend contact avec les éléments naturels qui l'entourent.

Or, dire que l'homme prend contact avec les formes qui l'enveloppent, équivaut simplement à constater la *continuité* de la matière cosmique dont l'homme est une parcelle, et d'autre part, puisque le corps humain se *continue* avec le milieu dans lequel il est plongé, il doit être possible de déterminer, de délimiter les surfaces par lesquelles se fait cette continuité.

En effet, nous trouvons quatre surfaces de contact :

a) La surface respiratoire *(appareil broncho-pulmonaire et ses annexes nasales)* qui assure le contact avec l'air atmosphérique.

b) La surface digestive *(appareil gastro-intestinal, bouche et dépendances)* qui assure le contact avec une catégorie spéciale de produits liquides ou telluriens : les aliments.

c) La surface musculo-cutanée *(appareil sensitivo-moteur ou locomoteur)* qui assure le contact avec l'ensemble des productions terrestres et qui, en mobilisant notre corps et les objets environnants, élargit ce contact dans une mesure illimitée.

d) Enfin la surface cérébrale *(appareil cérébral)* qui, essentiellement, assure le contact avec le son et la lumière, reflète en images mentales tous les contacts de l'ambiance et groupe les images suivant ses qualités propres pour obtenir d'autres mouvements.

Et le milieu ambiant cosmique, lui-même, peut être divisé, au point de vue didactique, en quatre milieux distincts correspondant à chacune des grandes surfaces de contact de l'organisme :

1° Le milieu *respiratoire;*
2° Le milieu *digestif;*
3° Le milieu *musculaire;*
4° Le milieu *cérébral.*

Si l'on pousse plus loin encore l'analyse, il apparaît bientôt que, dans l'ensemble des individus, un certain nombre sont remarquables par la prédominance de l'une des grandes surfaces de contact énumérées plus haut. Il existe, à vrai dire, dans ces cas, une véritable prépondérance d'un grand appareil de l'organisme aux dépens des autres appareils. Chez l'un, le thorax prendra des proportions considérables ainsi que la partie de la face correspondant au nez

et à ses annexes pneumatiques, les sinus; chez l'autre, une mandibule puissante coïncidera avec un abdomen de forme imposante et un petit thorax, tassé en quelque sorte, etc., etc.

Les milieux ci-dessus indiqués présentent aussi une inégale importance suivant qu'on les considère successivement dans la grande ville, dans la campagne, dans un pays de montagne et dans une plaine, dans une région fertile et sur une terre rocheuse, stérile, etc.

Enfin, par l'inégale répartition de l'homme à la surface de la terre, se crée un milieu spécial, le *milieu social,* dû à la réunion nombreuse des formes humaines sur certains points et à leur rareté sur d'autres.

En résumé, asymétrie dans les zones de contact du corps humain, asymétrie dans la répartition des formes cosmiques et humaines à la surface du globe, telle est une première notion fondamentale de la morphologie médicale.

Mais asymétrie ne veut pas dire désordre, séparation irrégulière des différentes parties qui constituent l'exemple de l'organisme. Nous avons laissé entrevoir déjà qu'il est possible de classer, de hiérarchiser aussi bien les zones de contact du corps humain que les éléments cosmiques ambiants, en un mot il est possible de déterminer les *prédominances morphologiques.*

DÉTERMINATION DES QUATRE TYPES HUMAINS. — Dans ce but, nous devons : 1° la tête; 2° le tronc; 3° les membres.

a) La partie faciale de la tête doit, pour être étudiée dans ses rapports avec l'ensemble de l'organisme, être inscrite par la pensée dans un rectangle à grand axe vertical, qui aurait pour limite supérieure une ligne passant par la racine des cheveux, pour limite inférieure une ligne tangente à la partie inférieure du mandibule et pour limites latérales des lignes effleurant la partie postérieure des arcades zygomatiques.

Si, dans le quadrilatère ainsi tracé, on fait passer des plans horizontaux, l'un par la racine, l'autre par la base du nez, la face se trouxe divisée en trois parties ou étages différents.

L'étage supérieur ou *cérébral* est occupé tout entier par le frontal : il répond aux lobes antérieurs du cerveau.

L'étage moyen ou respiratoire comprend le nez et les maxillaires supérieurs; il renferme les cavités nasales et leurs prolongements, les sinus maxillaires. Cet étage est en quelque sorte le vestibule de l'appareil respiratoire.

Enfin l'étage inférieur ou *digestif* est constitué par le bord alvéolaire des maxillaires supérieurs et le maxillaire inférieur : il renferme la bouche, vestibule de l'appareil digestif.

b) L'examen du *tronc* ne comporte aucune indication préalable,

Les dimensions respectives de ses composants, le thorax et l'abdomen, subissent d'un type à l'autre des variations très faciles à discerner.

c) De même les dimensions des membres varient dans de grandes proportions suivant les différents types.

La *prédominance respiratoire* se manifeste par le grand développement de la cage thoracique — au niveau de la face par celui de l'étage respiratoire.

La *prédominance musculaire* est caractérisée par le grand développement des membres, — au niveau de la face par une égalité des étages cérébral, respiratoire et digestif. Le tronc rectangulaire comprend un thorax et un abdomen d'égales dimensions.

La *prédominance cérébrale* se manifeste par un développement cranien considérable, rendu perceptible au niveau de la face par les grandes proportions du front; le corps est réduit.

GENÈSE DES QUATRE TYPES. — Pour comprendre l'apparition de ces quatre types nettement différenciés, *l'élément hérédité étant supposé fixe*, il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la corrélation qui unit l'être humain au milieu dans lequel il vit : c'est-à-dire que la prépondérance du milieu est corrélative de la prépondérance des appareils organiques ou, en d'autres termes, que la forme humaine est d'autant plus différenciée qu'elle s'adapte mieux au milieu qui l'environne.

La forme humaine typique suppose un milieu également typique auquel elle s'adapte. L'adaptation est dénoncée par la morphologie, et c'est là encore une donnée de premier ordre dont il est facile de saisir la portée pratique.

Supposons, dit Sigaud, un enfant de vie errante, sans fixité d'habitation, balloté du Nord au Midi, de la montagne à la plaine, des sommets où l'air se raréfie aux vallées profondes où l'air reste lourd. Les variations prédominantes de l'ambiance cosmique seront évidemment celles de l'air atmosphérique. Que va-t-il en résulter pour la formation de notre type individuel? Une prolifération plus active des éléments respiratoires et la formation d'un appareil broncho-pulmonaire qui, peu à peu, avec la croissance, va s'affirmer prépondérant sur tous les autres appareils au double point de vue de la forme et de la fonction. Et cette prépondérance respiratoire acquise va se transmettre héréditairement et s'accuser davantage avec les générations qui vont suivre, pourvu que les conditions de l'ambiance restent sensiblement les mêmes, c'est-à-dire caractérisées surtout par la variété et la richesse des excitations atmosphériques (1).

---

(1) *Traité clinique de la Digestion.* Paris, Doin, tomes I et II, 1900 et 1908.

La richesse du milieu alimentaire provoque, au contraire, une prédominance de l'appareil digestif qui se perpétue de génération en génération, pourvu que l'action du milieu persiste.

Supposons, dit Sigaud, un enfant grandissant dans une de ces régions fertiles dont tous les produits végétaux et animaux sont doués de qualités nutritives exceptionnelles. Ce sont alors les éléments anatomiques destinés à la formation de l'appareil digestif qui vont prendre un essort de prolifération prépondérant et créer une région abdominale d'une ampleur et d'une rondeur remarquables. La formation terminée, nous avons un nouveau type individuel : le type digestif.

Chez un enfant se développant dans un milieu isolé, sur une terre stérile, loin de toute agglomération humaine et des ressources qu'offre la société, l'effort musculaire sera le stimulant nécessaire et primordial de toute l'économie, effort pour remuer la terre, effort pour ramasser les récoltes, effort pour prendre contact avec le milieu social, etc.

En outre, des vêtements rudimentaires, insuffisamment protecteurs, vont permettre à la surface cutanée de subir toutes les excitations du climat, alternativement chaudes et froides, rudes et douces, sèches et humides. Sous l'aiguillon prédominant de ces excitations de même nature, la prolifération de croissance affecte surtout le groupe des éléments musculaires; le développement des leviers osseux et des muscles qui les actionnent prend le pas sur celui des autres régions de l'économie, et quand la formation est achevée, nous nous trouvons en face d'un troisième type individuel défini : le type musculaire.

La formation du quatrième type correspond à des conditions d'ambiance tout à fait différentes des précédentes : atmosphère de la ville, alimentation réduite, sédentarité, claustration d'un appartement; précocité et variété des études, fréquentation des milieux sociaux très divers, émulation des examens et des concours dès les jeunes années. Telles sont les condition de milieu complexes dans lesquelles évoluent beaucoup d'enfant des grandes cités. La suractivité des éléments aboutira, dans ce cas, à la constitution d'un appareil cérébral, dont la forme et le fonctionnement feront contraste, par leur puissance, avec la précarité des autres appareils.

Les types morphologiques les plus purs se rencontrent naturellement dans les régions du globe où la population, constituant un ensemble homogène, est représentée par des individus ayant un genre de vie uniforme.

C'est ainsi que les types digestifs les plus caractérisés sont fournis par les Esquimaux; le type respiratoire se recrute principalement parmi les populations nomades d'Asie, d'Afrique et d'Amé-

rique, telles que les Arabes, les Kalmouks, certaines tribus de Peaux-Rouges, etc.; le type musculaire est très fréquent dans les pays agricoles, par exemple dans certaines régions de la France.

La pureté de ces trois types morphologiques dans certaines régions est prouvée par les collections des Galeries d'Anthropologie du Muséum de Paris. Quant au type cérébral, il est relativement moins fréquent et paraît surtout une résultante du développement de la civilisation.

CONCLUSIONS. — En réalité, nos quatre types morphologiques purs sont autant de types d'adaptation presque intégrale au milieu cosmique, c'est-à-dire autant de types fonctionnels représentant chacun un maximum de perfection physiologique, et pour lesquels la maladie est pour ainsi dire inconnue.

Mais à côté de ces types morphologiques nettement caractérisés, que de variétés, que de types mixtes, que de formes humaines difficiles à classer! Or ces types mixtes constituent la catégorie la plus nombreuse, celle qui exerce chaque jour la sagacité de l'observateur et qui répond aux *types morphologiques mélangés ou indécis*. Et c'est parmi ces individus *mal adaptés* que se recrutent les aliénés et les aliénés criminels, ainsi que l'ont démontré les mensurations que nous avons communiquées, cette année même, à l'Académie des Sciences de Paris (1).

Quant aux criminels proprements dits, la question est encore à l'étude. Certains assassins nous paru être des musculaires presque purs, sans stigmates morphologiques. La majorité d'entre eux appartient aux musculaires mixtes ou mal adaptés, surtout, semble-t-il, aux musculo-digestifs. Nous reviendrons incessamment sur ces intéressantes questions.

Nous avons tenu seulement à mettre en valeur l'importance des données nouvelles de la morphologie humaine, point de départ nouveau des études de morphologie appliquée à la médecine mentale.

SOCIETE DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 19 octobre 1911. — Présidence de M. DENY.

Syndrome choréique dans un cas de Trypanosomiase

M. MARTIN. — Chez un jeune Congolais est survenue une psychose confusionnelle, manifestation très fréquente de l'intoxication générale de l'organisme chez nos sujets atteints de maladie du sommeil, mais dans le cas actuel,

(1) Voir : Compte rendu de l'Académie des Sciences, 1911.

les troubles mentaux se sont accompagnés d'un syndrome choréique que nous pouvons considérer également comme une manifestation de l'infection trypanosomiasique.

Syndrôme pseudo-bulbaire, tumeur du corps calleux

MM. JACQMIN et MARCHAND. — Une femme de soixante-six ans, malade depuis quelques semaines seulement, présente de la somnolence, un état parétospasmodique des quatre membres prédominant à gauche avec hypoesthésie du côté gauche, de la dysarthrie, de la dysphagie, une marche ébrieuse avec tendance à rétropulsion, des troubles de la synergie et de la diadococinésie, un facies atone . La malade meurt dix-sept jours après son entrée à l'asile.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une grosse tumeur du corps calleux qui envahit la substance blanche et grise de la partie moyenne des lobes frontaux surtout à droite. Sur l'hémisphère droit, elle forme une masse arrondie plus grosse qu'un œuf de pigeon qui comble le prolongement frontal du ventricule latéral droit, et soulève en quelque sorte la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux, et la partie antérieure et moyenne de la frontale interne; elle semble s'arrêter, en haut, à un centimètre du bord de l'hémisphère, et en bas, bien au-dessus du chiasma.

Sur l'hémisphère gauche, son prolongement est réduit et n'intéresse qu'une faible partie de la circonvolution du corps calleux. La face interne du lobe frontal gauche est excavée en forme de cupule dans laquelle se loge sans y adhérer la masse globuleuse au côté opposé.

En raison de l'âge avancé de la malade, du début et de l'évolution de l'affection, le diagnostic de syndrome pseudo-bulbaire était celui qui nous paraissait répondre à cette symptomatologie et nous l'avions attribué à un état viscéral lié à des troubles organiques du cerveau et du cervelet consistant en cérébrosclérose et cérébello-sclérose lacunaire. Les symptômes moteurs et cérébelleux ne pouvaient permettre de préciser davantage le diagnostic; il est d'ailleurs admis que « les tumeurs du corps calleux n'ont pas de symptômes locaux que l'on peut considérer comme pathognomoniques, de sorte que leur diagnostic est toujours hasardeux » (Stewart).

De la tumeur cérébrale, il n'y avait aucun des symptômes généraux habituels, céphalée, vomissements, crises épileptiformes. Seul le symptôme somnolence aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic.

Délire systématisé secondaire post-onirique

MM. DELMAS et GALLAIS. — Hallucinations actives, en particulier, hallucinations psycho-motrices; systématisations du délire; délire rétrospectif; évolution sans atténuation après un an de sevrage, tels sont les éléments qui permettent de faire le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique. Eclosion des accidents aussitôt après deux épisodes oniriques sans aucun accident psychopathique antérieur, telles sont les circonstances d'origine qui nous permettent de dire que cette psychose hallucinatoire doit être considérée comme un délire systématisé secondaire postonirique.

Ainsi comprise cette forme se différencie :

1° Du délire systématisé hallucinatoire avec appoint alcoolique, dans lequel il s'agit non de la succession mais de l'association de deux syndromes, soit que les habitudes alcooliques anciennes persistent au début ou au cours d'une psychose hallucinatoire chronique, soit que les excès alcooliques apparaissent à l'occasion du début de la psychose.

2° Du délire interprétatif, d'ordinaire à forme de jalousie, que l'alcool fait éclore chez certains prédisposés à constitution paranoïaque et qui évolue irré-

gulièrement par poussées paroxystiques en parallélisme étroit avec la courbe de l'intoxication alcoolique.

3° Du délire hallucinatoire plus ou moins systématisé, *mais toujours temporaire* qui, développé à l'occasion des accidents alcooliques, peut survivre au sevrage, *mais seulement pendant quelques mois* sous forme soit d'idées fixes, soit même de délire véritable.

Séance du 16 novembre 1911. — Présidence de M. DENY.

Confusion mentale et appendicite. Guérison après l'opération

MM. PICQUÉ et CAPGRAS. — Une malade, âgée de 27 ans, atteinte de confusion mentale, puis d'appendicite, guérit par l'intervention chirurgicale.

Il ne faudrait pas ne voir entre les deux maladies qu'une simple coïncidence pour accorder un rôle exclusif à la prédisposition héréditaire. Sans doute, celle-ci a favorisé l'éclosion de la psychose et lui a fourni quelques caractère secondaires, tels que le maniérisme, traduisant des tendances constitutionnelles auxquelles s'ajoutent d'ailleurs des habitudes professionnelles. Mais la dégénérescence mentale ne suffit pas, même avec l'appoint d'un choc moral, à expliquer la forme et la marche de l'accès. Celui-ci a nettement présenté au début les caractères du délire onirique. Aucun signe ne vint pourtant à ce moment révéler l'existence d'une crise appendiculaire. Seule l'élévation de température permettait de rejeter l'hypothèse d'un désordre purement vésanique.

Cette confusion hallucinatoire primitive, d'apparence toxi-infectieuse, s'atténua assez rapidement et devint un état de désorientation et d'inhibition intellectuelle demi-consciente, avec inquiétude, faiblesse de l'attention, incohérence des associations d'idées, incertitude des mouvements, et attitudes théâtrales, qui aurait fait craindre l'apparition d'une démence précoce, si l'affectivité n'était restée intacte. En même temps qu'évoluaient ces troubles psychiques, la débilité physique augmentait: on notait de l'aménorrhée, des vomissements presque quotidiens, des selles muco-membraneuses et un amaigrissement rapide. C'est, croyons-nous, à ce mauvais état général de l'organisme qu'il convient de rattacher les accidents mentaux. Il s'agissait d'une psychose par épuisement liée à la dénutrition cellulaire, laquelle provenait à son tour de l'appendicite chronique.

Les résultats de l'intervention chirurgicale plaident en faveur de ce diagnostic. Ils sont la meilleure preuve que l'appendicite était, au moins en partie, la cause de la confusion mentale. S'il avait existé entre celle-ci et la lésion périphérique, un rapport étroit de causalité, l'extirpation de l'appendice aurait vraisemblablement produit la guérison, sinon immédiate, du moins très rapide de la psychose, comme cela s'observe dans certains délires septicémiques. Or, il n'en a pas été du tout ainsi. Un mois après l'opération. les symptômes confusionnels n'étaient pas très profondément modifiés. Ils ne s'amendèrent que lentement pour disparaître enfin au bout de trois mois. Mais, point capital, cette amélioration s'effectua parallèlement à celle de l'état somatique et cette dernière fut incontestablement déterminée par la suppression de l'appendicite. Le graphique des pesées est à ce point de vue démonstratif. De février à juin, le poids descend de 45 à 40 kilos. L'opération a lieu en juin. De ce mois à septembre, le poids s'élève de 40 à 50 kilos, et l'on constate en même temps le réveil progressif de l'activité mentale. Il est donc légitime d'admettre que la lésion abdominale, en débilitant l'organisme tout entier, avait mis en état de

moindre résistance un cerveau déjà prédisposé par sa constitution héréditaire. Le rôle de la chirurgie, dans ce cas, fut décisif : elle a véritablement guéri la psychose en modifiant une nutrition générale défectueuse et, peut-être aussi, en tarissant la source d'une auto-intoxication.

Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinose

MM. BOUDON et KAHN. — Mme F..., âgée de quarante-quatre ans, présente des hallucinations depuis trois ans. Successivement ont apparu chez elle des hallucinations auditives, olfactives, visuelles et de la sensibilité générale.

Pendant plus de deux ans, elle est restée, comme l'ont dit ici MM. Dupré et Gelma, une hallucinée pure, sans idée délirante.

Mais actuellement, le tableau clinique a changé d'aspect : aux hallucinations sont venues s'ajouter des idées délirantes.

La malade déclare que ce sont ses voisins qui l'insultent parce qu'elle a refusé une invitation ; c'est un monsieur, des francs-maçons. on la magnétise. La malade crée des néologismes et présente des réactions vis-à-vis de ses persécuteurs.

L'existence d'observations comme celle-ci montre que, dans les faits auxquels M. Dupré a récemment proposé de donner le nom d'hallucinose, il faut distinguer :

1° Des cas d'hallucinose dans lesquels les malades restent de purs hallucinés sans qu'apparaissent d'idées délirantes ; dans ce groupe entrent les cas publiés autrefois par MM. Séglas et Cotard ;

2° Des cas d'hallucinose qui ne représentent qu'un moment plus ou moins long, une étape exceptionnelle de l'évolution d'une psychose hallucinatoire chronique.

Un cas de psychose rhumatismale

MM. DUPRÉ et KAHN. — Cette malade fut brusquement prise, il y a un peu plus d'un mois, de troubles mentaux, au décours d'un accès subaigu de polyarthrite rhumatismale. L'apparition de ces troubles coïncida avec la disparition des douleurs.

Au début, cette psychose revêtit l'allure clinique de la mélancolie anxieuse. Aujourd'hui l'anxiété a presque entièrement disparu, et la malade se présente sous l'aspect d'une déprimée mélancolique.

On remarquera que cette malade, chez laquelle nous n'avons trouvé aucun antécédent héréditaire ou personnel, a présenté des manifestations psychiques à début brusque coïncidant avec la disparition des douleurs rhumatismales : fait d'ailleurs classique.

Le tableau clinique a été celui de la mélancolie anxieuse avec un minimum de symptômes d'ordre confusionnel (une seule hallucination de l'ouïe au début et que nous n'avons pu contrôler). La désorientation et l'inconscience de sa situation que présentait la malade semblaient surtout être dues à l'intensité de son anxiété. A l'heure actuelle, elle présente l'aspect d'une simple dépression mélancolique.

Nous nous trouverions donc en présence d'un syndrome mélancolique survenant au décours d'une infection rhumatismale.

Paralysie générale à forme somatique

MM. DELMAS et ROLET. — Un homme, âgé de 40 ans, est atteint d'ictus, d'embarras de la parole, d'inégalité pupillaire, de lymphocytose avec légère euphorie ; il continue ses occupations pendant 1 an 1/2, puis il a un nouvel ictus bientôt dissipé.

A l'heure actuelle, vous voyez qu'il présente les mêmes symptômes physiques, parmi lesquels l'embarras de la parole s'est encore accentué. Quant aux troubles

mentaux, vous voyez qu'ils se résument dans une présentation euphorique et une tranquilité d'esprit contrastant avec l'état de santé physique.

C'est un exemple très net de cette forme de paralysie générale que l'on a décrite sous le nom de forme somatique et qui est caractérisée par la prédominance presque exclusive des signes somatiques.

Saturnisme à forme de démence paralytique

MM. DELMAS et BARBÉ. — Ce malade est atteint de troubles nerveux et mentaux d'origine saturnine, troubles qui simulaient à bien des points de vue la paralysie générale. Mais nous pensons que ce dernier diagnostic doit être rejeté, car certains éléments (profession antérieure, paraplégie, évolution très lente des accidents), plaident en faveur du saturnisme, tandis que certains symptômes essentiels de la paralysie générale (signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose, absence de Wassermann dans le sang), font défaut.

BIBLIOGRAPHIE

La Pratique neurologique, sous la direction de Pierre Marie (in-8° de 1,400 pages avec 302 figures). Paris, 1911. Masson, éditeur. Relié toile. Prix : 30 francs.

Il existe d'excellents manuels de neurologie, tant français qu'étrangers, et les articles consacrés aux maladies nerveuses dans les plus récents traités médicaux sont parfaitement au courant de la science. Et cependant, quelque excellentes que soient les descriptions des traités didactiques de neurologie, elles ne reproduisent réellement pas la clinique elle-même, avec toutes ses surprises, avec l'infinie variété des aspects et des symptômes et la diversité d'interprétation dont chacun de ceux-ci est susceptible. Seuls les traités de séméiotique sont en état de parer à cette difficulté ; ils étudient chaque symptôme en lui-même et pour lui-même, ainsi que pour la place qu'il tient dans le tableau clinique de telle ou telle affection ; et par cela même ils mettent à même de reconnaître quelle est la maladie en présence de laquelle on se trouve.

C'est donc, dans une certaine mesure, d'un traité de séméiotique qu'il s'agit ici, mais la manière dont les auteurs de la *Pratique Neurologique* ont compris et exécuté leur œuvre mérite d'être signalée avec quelque détail. *L'idée très féconde qui les a dirigés est la suivante: Faire en sorte qu'un médecin, nullement spécialisé en quelque sens que ce soit, puisse se trouver en état de pratiquer un examen complet de tous les appareils au point de vue de la pathologie nerveuse et de tirer de cet examen toutes les conséquences qui en découlent.*

Pour ce qui est de la séméiologie nerveuse proprement dite, de celle qui a trait aux symptômes dépendant directement des troubles du système nerveux central ou périphérique, il va sans dire que, sous la plume de neurologistes éprouvée, cette partie a été traitée de main de maître.

Mais cela ne suffisait pas, il fallait que, pour l'*oreille* et le *larynx*, pour l'*appareil visuel*, pour l'*appareil urinaire*, les méthodes d'examen les plus convenables fussent non seulement indiquées, mais démontrées dant tout leur détail ; il fallait, en un mot, qu'avec la seule aide de la *Pratique Neurologique*. l'étudiant, le médecin non spécialisé se trouvassent en état d'employer de façon utile ces différentes méthodes d'examen et d'en tirer tout le parti nécessaire. Grâce à la collaboration pour l'oto-laryngologie de M. le Professeur Lannois, dont on connaît toute la compétence aussi bien comme oto-laryngologiste que

comme neurologiste; pour l'ophtalmologie de M. Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, et de M. Desnos, secrétaire général de l'Association internationale d'urologie, pour l'appareil urinaire, toute cette partie très importante du programme a été remarquablement remplie.

Mais la seule ambition des auteurs n'a pas été de faire un livre de séméiologie pure et simple. Pour légitimer le titre qu'il avaient choisi la *Pratique Neurologique*, ils ont voulu qu'en ce volume on trouvât, dans les directions les plus diverses, tous les renseignements qui peuvent être utiles, non seulement pour poser le diagnostic clinique d'une maladie nerveuse, mais encore pour en poser le diagnostic anatomique et anatomo-pathologique: la *topographie médullaire*, la *topographie radiculaire*, les principaux points de l'*anatomie* et de la *physiologie nerveuse* et *musculaire*, etc., etc., ont été exposés par M. Guillain d'une façon parfaitement claire, avec addition des schémas nécessaires. Dans le même ordre d'idées, M. Moutier a donné un aperçu de quelques points intéressants de l'*anthropologie* appliquée à la neurologie.

Enfin, les auteurs n'ont pas un instant admis que la *psychiatrie* fût bannie de leur œuvre; le lecteur trouvera donc, dans le présent volume, un exposé des notions psychiatriques indispensables pour la clinique journalière, et aussi tous les renseignements nécessaires pour l'internement des aliénés.

La *Pratique Neurologique* n'aurait pas entièrement justifié son titre si elle s'était désintéressée du but ultime de la pratique médicale qui est la guérison, ou du moins le soulagement du malade, par un traitement approprié. Il était donc indispensable que *partie thérapeutique* vînt compléter les conseils autorisés donnés par les auteurs sur l'ensemble de la séméiologie nerveuse. — On comprendra aisément que le cadre du volume ne permettait pas de donner ici un manuel complet de thérapeutique; il fallait faire un choix, et ce choix, M. Guillain, spécialement chargé de cet article, s'en est acquitté en écrivant une série de chapitres isolés sur les points les plus importants de la thérapeutique en neurologie : le *traitement de la syphilis* et de ses manifestations nerveuses: le *traitement des algies;* le choix et l'emploi des *médicaments hypnotiques*, et enfin l'*hydrothérapie*.

D'autre part, M. Huet, chef du service électrothérapique de la Clinique de la Salpêtrière, a traité les questions si complexes de l'*électro-diagnostic* et de l'*électrothérapie;* les développements donnés à cet article en font un complet résumé d'électricité médicale appliquée aux maladies nerveuses.

Enfin, dans un ordre de faits tout différent, les auteurs ont voulu que non seulement les praticiens, mais encore les étudiants et tous ceux que le désir de s'instruire oriente vers les études neurologiques, pussent à l'occasion trouver dans ce volume les données indispensables pour tirer le meilleur parti possible de l'*autopsie* des malades, tant au point de vue *macroscopique* qu'au point de vue *microscopique:* méthodes et formules usuelles de *durcissement des centres nerveux*, méthodes et formules usuelles de *coloration élective des éléments nerveux*, etc.

Responsabilité pénale et folie, par P. DUBUISSON et A. VIGOUROUX (in-8° de 500 pages.) Paris, 1911. Félix Alcan, éditeur. Prix : 7 fr. 50.

La doctrine d'Auguste Comte a servi de base à toutes les parties de ce travail: les auteurs exposent une théorie positive de la responsabilité et tentent de donner une théorie positive de la folie.

En premier lieu, la doctrine de la prééminence des droits de la société sur ceux de l'individu commande notre conception du rôle de la pénalité. Dans le conflit presque permanent qui existe entre l'intérêt social et l'intérêt individuel, ce dernier doit toujours être sacrifié: « chacun a des devoirs envers tous, mais personne n'a aucun droit particulier. »

En conséquence, tout en estimant qu'au point de vue moral, pour un même délit, l'individu mal né, mal éduqué, passionné est moins coupable que l'individu sain, bien élevé et pondéré, les auteurs pensent qu'au point de vue social, c'est le premier qui doit subir la peine la plus sévère, car pour être intimidé, il a besoin d'un plus dur châtiment.

La société, en effet, ne punit pas dans un but d'expiation, en vue d'établir une certaine compensation idéale entre les fautes et les châtiments, elle punit pour se défendre, pour intimider le coupable et aussi pour l'amender; son intérêt est de transformer un individu dangereux pour les autres et vivant à leurs dépens, en un homme paisible et utile à ses semblables.

Dans les expertises médico-légales, il ne peut donc pas être question de responsabilité morale mais bien de responsabilité sociale ou pénale.

Quand le magistrat, chargé de la mission de défendre la société, demande au médecin si tel délinquant est ou non responsable, il lui demande non pas de lui exposer l'équation morale du sujet, mais de lui dire s'il est susceptible ou non d'être intimidé ou amendé par l'application stricte des peines prévues par le code pénal. Seul le médecin peut répondre à cette question ainsi comprise: car elle soulève un problème d'ordre exclusivement médical, celui du diagnostic positif de l'état de folie. Les auteurs estiment, en effet, qu'à l'exception des aliénés, tous les hommes sont, à des degrés divers, intimidables et punissables.

Il reste donc à délimiter la folie. Dans ce but, ils se sont servis du principe qui a permis à Broussais de définir la maladie, principe d'après lequel il y a maladie quand le trouble d'une fonction est tel que les autres fonctions de l'économie sont également troublées. Or, le sentiment, l'intelligence et l'activité, bien qu'intimement liés, peuvent être considérés comme des fonctions cérébrales jouissant de leur indépendance et ils admettent avec Auguste Comte, qu'à l'état normal, dans cette fédération l'autorité appartient au sentiment: c'est sous l'influence du sentiment que l'homme pense et agit. A l'état pathologique, le sentiment conserve ce rôle prédominant et, en fait, la folie a sa source dans un trouble des instincts et des sentiments, bien qu'elle se manifeste d'une façon plus évidente par des désordres de l'intelligence et de l'activité. Appliquant le principe de Broussais, les auteurs disent donc qu'il y a folie toutes les fois que les troubles du sentiment sont tels qu'ils entraînent des désordres de l'intelligence et de l'activité.

On voit, par exemple, des troubles de l'instinct conservateur donner naissance à des obsessions et à des phobies, affections dans lesquelles la conscience est conservée et l'intelligence reste lucide, soit à des véritables délires mélancolique, hypochondriaque, de persécution. Ceux-ci constituent des variétés de la folie, celles-là n'entrent pas dans son cadre.

Les auteurs ne considèrent donc comme inintimidables et partant irresponsables que les individus dont l'intelligence est troublée et qui sont, par là-même, hors d'état de voir la réalité telle qu'elle est et incapables d'y conformer leur conduite; et à ceux-là viennent s'ajouter tous les insuffisants cérébraux, débiles et déments dont l'intelligence est trop faible ou trop affaiblie pour distinguer ce qui est permis de ce qui est défendu.

De la sorte, bien qu'ils aient admis l'origine morale de la folie, les auteurs ne reconnaissent pas l'existence de cette folie morale appelée aussi folie lucide et folie instinctive, qui serait caractérisée par le développement excessif de tel ou tel instinct ou l'absence d'un prétendu sens moral, et dans laquelle l'intelligence et l'activité resteraient intactes.

La plupart des individus considérés par certains comme des fous moraux sont intimidables.

Il en est de même de beaucoup d'impulsifs dont l'intelligence reste lucide.

Le caractère relatif de l'irrésistibilité de leurs impulsions est mis en évidence par la rareté des impulsions dangereuses satisfaites par rapport à l'extrême fréquence des impulsions innocentes réalisées. Les déséquilibrés, sujets à des impulsions criminelles, trouvent dans la crainte de la réaction sociale un soutien qui les empêche de céder à leurs désirs dangereux.

Cependant, il faut bien reconnaître qu'un certain nombre de désiquilibrés, présentant des troubles du sentiment ou de l'activité, sont sur la frontière de la folie et sont souvent fort difficiles à classer; sur eux, la pénalité n'a pas d'action et il ne sont ni assez malades, ni assez infirmes pour que l'asile puisse les garder. Ce sont eux qu'on a appelés les demi-fous et auxquels, souvent, on attribue une responsabilité atténuée.

Pour ces délinquants si particuliers, les auteurs réclament, avec la plupart des aliénistes, des établissements spéciaux, tenant à la fois de la prison et de l'asile, moins durs que la prison et moins ouverts que l'asile: là ils pourraient subir une discipline plus individuelle et plus médicale et ils pourraient y être maintenus longtemps, sinon toujours en cas de nécessité.

Mais un nouveau problème se pose: à quel moment ces insociables devront-ils être placés dans de tels établissements? Pour certains qui les considèrent comme des infirmes irresponsables, ils devraient y être retenus dès qu'ils ont donné la preuve de leur nocivité, dès leur premier délit.

Cette mesure paraît trop rigoureuse, car la récidive n'est jamais fatale ni certaine.

Avant d'arriver à la solution extrême qui consiste à traiter ces déséquilibrés en inintimidables, il faut leur appliquer un système de répression plus opportuniste. Que leur premier délit soit apprécié avec l'indulgence la plus large, en tenant compte de l'insuffisance de leurs moyens de résistance, que la loi de sursis qui suspend la punition leur soit appliquée; mais ensuite, que la société frappe sévèrement ceux que la menace du châtiment n'a pas suffi à arrêter, dans l'espoir que la crainte de la peine même les maintiendra dans le respect de la loi. Si quelques-uns récidivent, d'autres seront arrêtés par la crainte du châtiment. Pour les récidivistes, l'inutilité du châtiment démontrera leur irresponsabilité et justifiera leur internement dans l'asile spécial.

C'est encore le principe de l'intérêt social qui fait demander que certains intoxiqués volontaires, alcooliques même délirants, morphiniques, etc., ne soient pas déchargés de toute responsabilité pénale. Il est possible, qu'au moment précis où, sous l'influence d'un délire passager, ils se sont rendus coupables d'un délit ou d'un crime, ils ne se soient pas rendus compte de ce qu'ils faisaient et n'aient pas prévu les conséquences de leurs actes; mais si, quand ils ont commencé à s'intoxiquer, il leur était possible de prévoir à quels dangers ils exposaient la société, ils doivent supporter les conséquences de leurs actions, alors, bien entendu, qu'ils sont guéris de leur accès délirant. Les auteurs espèrent ainsi que la crainte du châtiment agira sur eux au moment où ils peuvent encore l'apprécier et les empêchera de se livrer à l'action néfaste du poison.

De même, voudraient-ils exiger des épileptiques délinquants, n'ayant pas de troubles intellectuels et déjà avertis par l'expérience qu'ils sont dangereux au cours de leurs paroxysmes, que, sous peine de sanction pénale, ils soient tenus de prendre vis-à-vis d'eux-mêmes toutes les précautions susceptibles de faire disparaître ou d'atténuer le danger qu'ils font courir aux autres.

Si parfois le principe de l'intérêt social paraît conduire à une grande sévérité vis-à-vis de certains délinquants, il ne faut pas oublier que, pour le plus grand nombre, ce principe est compatible avec toutes les mesures de clémence et de pitié; car, en fait, la société peut étendre les limites de son indulgence jusqu'au point où sa sécurité n'est pas menacée.

TABLE DES MATIÈRES

Les titres des travaux originaux sont imprimés en caractères italiques

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

T

VARIA No. 1

—

Influence du régime de la prohibition totale des boissons alcooliques sur la criminalité.

C'est un lieu commun qu'il serait oiseux de développer que l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité ; mais, en présence de l'inefficacité apparente de l'enseignement antialcoolique — malgré tous les efforts que déploient ses apôtres — il n'est pas superflu d'apporter des chiffres qui montrent, au contraire, l'efficacité admirable, sur la diminution de la criminalité, de la prohibition de la vente des boissons alcooliques dans les pays qui l'ont décrétée.

La statistique suivante — communiquée au récent Congrès des médecins aliénistes de Bruxelles par MM. Ley et Charpentier — relative aux arrestations policières dans l'Etat du Nord-Dakota (Etats-Unis), est très suggestive.

Neuf mois avant la prohibition :

	Six petites villes	Sept grandes villes
Coups, batailles	223	535
Ivresse	319	1,492
Autres causes	192	1,545
Total	734	3,572

Neuf mois après la prohibition :

	Six petites villes	Sept grandes villes
Ivresse	66	302
Coups, batailles	60	435
Autres causes	108	699
Total	234	1,436

Voici maintenant l'Etat de Birmingham, où la prohibition a été adoptée en 1908 :

	1906	1907	1908
Ivresse	1,277	1,434	396
Outrages aux mœurs	1,147	912	602
Coups et blessures	792	738	463
Meurtres	56	65	29
Mendicité	31	17	2
Vols	653	618	537
Jeu	479	441	271
Vagabondage	361	398	267

Par contre, l'abandon des mesures prohibitives provoque immédiatement la recrudescence de la criminalité.

Dans l'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition, au cours de laquelle la population des asiles de correction était descendue au chiffre de 473, on reprend le régime de la licence : l'année suivante, la même population correctionnelle comptait 838 individus, et ce chiffre montait au total de 2,181 après quatre années de licence.

La démonstration est aujourd'hui faite : toutes les mesures sociales, ayant eu pour résultat de rendre l'achat d'alcool impossible ou difficile, ont fait immédiatement diminuer le taux de la criminalité. Seul le monopole, parmi ces mesures, n'a donné que des résultats illusoires.

(Archives d'anthropol. crim.)


COLITE
BRANEUSE
ATION
ucose Mariani
DRAGÉES
AMPOULES
Pharmacie MARIANI
PARIS

VARIA N° 2

Certificat d'études pénales

Il est créé à l'Université de Montpellier un certificat d'études pénales.

L'enseignement relatif à ce certificat comprend : 1° le droit pénal; 2° la procédure pénale; 3° la criminologie et la science pénitentiaire; 4° la psychiatrie et la médecine légale. La durée de cet enseignement est de deux semestres.

Cet enseignement est organisé sous la direction du doyen de la Faculté de droit par les professeurs des Facultés de droit et de médecine. En dehors des cours de droit criminel faits à la Faculté de droit et des cours de médecine légale et de psychiatrie faits à la Faculté de médecine, il comporte trois conférences :

La première, faite pendant le semestre d'hiver, portera sur la procédure pénale et le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, avec des notions sur le patronage des libérés, l'assistance et l'éducation des enfants vicieux et moralement abandonnés.

La deuxième, faite pendant le semestre d'été, aura pour objet l'étude pratique avec pièces et examen de dossiers, de la marche de l'instruction et du procès pénal et du fonctionnement du régime pénitentiaire.

La troisième, sur la psychiatrie et la médecine légale.

Des conférences pratiques complémentaires peuvent être faites par des personnes n'appartenant pas à l'Université et particulièrement par des membres de la magistrature, du barreau et de l'administration.

Peuvent être admis à suivre ces conférences : 1° les licenciés et docteurs en droit; 2° les bacheliers; 3° les élèves pourvus du certificat de capacité; 4° les candidats non munis des titres précités, mais agréés par le doyen et immatriculés à la Faculté de droit; 5° les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions.

L'assiduité aux conférences est obligatoire.

Le certificat d'études pénales est accordé après constatations de l'assiduité aux cours, conférences et excercices pratiques, et après examen de l'aptitude du candidat. Cet examen consiste en une épreuve orale comprenant quatre interrogatoires, savoir :

La première, sur le droit général et les principales infractions; la deuxième, sur la procédure pénale théorique et pratique; la troisième, sur la science et l'administration pénitentiaires; la quatrième, sur la psychiatrie et la médecine légale.

Ce programme a été approuvé par le Ministre; il entrera en application au cours de l'année scolaire. *(Revue int. de méd. et de chir.)*

Le docteur psychologue

Les formes de l'exercice illégal de la médecine sont extrêmement variées. Les aigrefins se sont ingéniés de mille façons pour exploiter l'inépuisable réservoir qu'est la crédulité humaine.

Récemment, nous avons eu la condamnation d'un pharmacien qui, par la répétition illégale des ordonnances, avait facilité l'exercice de la médecine à un citoyen plus dépourvu de diplôme que de scrupules.

Nous avons eu à Alger un cas à peu près semblable. Seulement notre pseudo-confrère algérois ne délivrait pas d'ordonnance; il opérait seul, prescrivant des douches, des massages et calmant les migraines ou autres manifestations nerveuses par un casque magnétique.

Condamné une première fois au mois de mai dernier, le « docteur psychologue » était poursuivi une deuxième fois pour le même délit.

Les hasards de la vie et des professions amènent des rencontres originales : les poursuites ont eu lieu à la requête du Syndicat médical, présidé par le Dr Murat; la défense du prévenu a été présentée par Me Murat, avocat, le frère du sympathique président du Syndicat médical, qu'on ne saurait trop féliciter de son initiative.

D'après la *Dépêche Algérienne*, le Docteur psychologue a été condamné à quinze jours d'emprisonnement et 500 francs d'amende. Il a aussitôt interjeté appel du jugement. *(Revue int. de méd. et de chir.)*

VARIA

XXIe congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Amiens, août 1911

Le XXIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française se tiendra cette année à Amiens, du 1er au 6 août, sous la présidence de M. le Dr Deny, médecin de la Salpétrière.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. Rapports et discussions sur les questions suivantes :

a) Psychiatrie : Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle). — Rapporteur : M. le Dr MAILLARD, Médecin-adjoint

b) Neurologie : Des tumeurs du corps pituitaire. — Rapporteur : M. le Dr COURTELLEMONT, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Amiens.

c) Médecine légale : De la valeur du témoignage des aliénés en justice. — Rapporteur : M. le Dr LALANNE, Médecin en chef de l'Asile de Maréville (Nancy).

II. Communications originales sur des sujets de Psychiatrie, de Neurologie, de Médecine légale et d'Assistance des aliénés.

N. B. — Les titres et résumés des communications devront être envoyés au Secrétaire général avant le 1er juillet.

EXCURSIONS

Visite de la ville d'Amiens et de ses monuments.

Visite de l'Asile départemental de Dury-lès-Amiens.

Excursion à Berck (Hôpitaux marins) et Paris-Plage.

Excursion à Prémontré (Asile départemental de l'Aisne), Saint-Gobain, Coucy-le-Château.

Excursion à Boulogne et à Londres.

AVANTAGES ET CONDITIONS

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des meubres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Les réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Amiens.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr R. CHARON, à Amiens.

VARIA

—

Société internationale de chirurgie

Le III[e] Congrès de la Société Internationale de Chirurgie aura lieu à Bruxelles, du 26 au 30 septembre 1911.

A l'occasion de ce Congrès, il sera organisé :

1° Une Exposition de pièces et de documents relatifs à l'étude et au traitement des fractures, à laquelle pourront participer tous les médecins qui en auront fait la demande au Secrétariat Général, demande qui sera soumise au Comité National pour agréation.

2° Une Exposition d'appareils et d'instruments de chirurgie.

Les séances de la Sociétés seront publiques, mais seuls les Membres effectifs seront autorisés à prendre part aux discussions.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

I. CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE. — *Rapporteurs :* MM. Garrè (Bonn), Gaudier (Lille), Girard (Genève), Lenormand (Paris), Ferguson (Chicago), Van Stockum (Rotterdam), Sauerbruch (Marburg), Friedrich (Marburg).

II. COLITES. — *Rapporteurs :* MM. Sonnenburg (Berlin), Segond (Paris), Gibson (New-York), D'Arcy Power (Londres).

III. PANCRÉATITE. — *Rapporteurs :* MM. Michel (Nancy), Korte (Berlin), Giordano (Venise).

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au Secrétaire Général, M. le Professeur Depage, 75, avenue Louise, Bruxelles.

VARIA

La stérilisation des aliénés

On fait grand bruit autour d'un procédé prophylactique qui, méthodiquement appliqué, ferait disparaître la dégénérescence, la folie, la criminalité et autres vices désolant la pauvre humanité. Il ne s'agit de rien de moins que de faire subir à tous ceux qui auraient la malchance d'avoir quelque tare physique ou morale, sujette à se transmettre à leurs descendants, une délicate opération qui tarirait à jamais leurs moyens de reproduction. Que ce procédé nous vienne des Etats-Unis d'Amérique, personne ne s'en étonnera; mais ce qui a lieu de nous surprendre, c'est qu'il ait trouvé en France des partisans, même parmi les médecins. A nos confrères qui ont cru devoir prôner ce procédé barbare, notre distingué collègue, M. le D. Roger Mignot, a répondu dans une lettre pleine d'esprit et de bon sens, publiée dans le journal *La Clinique* (numéro du 29 avril 1910), et que nous nous faisons un plaisir de reproduire.

Monsieurs le Rédacteur en chef,

Au nom des justes lois, j'invoque le droit de réponse pour défendre mes malades dans ce qu'ils ont de plus intime.

Depuis la chronique du 26 novembre 1909, de MM. Gardner et Darvillers, aliéniste que je suis, je ne dors plus tranquille; chaque mois, dans une nouvelle revue, un nouveau confrère réclame à grands cris la stérilisation des aliénés : en février, c'était le Dr Thulié dans la *Revue Philanthropique;* en mars, c'était le Dr Desfosses dans la *Presse Médicale.*

C'est avec peine que j'ai vu des médecins mettre dans le même panier à salade, à destination du père coupe-toujours, les apaches, les voleurs et autres bandits, avec les pauvres déshérités, les lamentables vaincus de la lutte des neurones.

Notre redoutable ancêtre Marat demandait cent mille têtes pour réduire les aristocrates et sauver la République. On réclame maintenant un nombre égal de testicules pour protéger les vierges en péril et couper court, si j'ose m'exprimer ainsi, à la propagation des tares dégénératives qui, paraît-il, menacent notre race. Comme des ciseaux de Damoclès, on veut suspendre ceux d'Abélard au-dessus des asiles, pour maintenir dans le chemin de la raison et de la continence les petites folles qui seraient tentées d'en sortir.

Ce remède nous vient d'Amérique, comme le procédé expéditif et sûr d'abréger, par une dose suffisante de morphine, les souffrances des malades qui s'entêtent à ne pas mourir, et comme bien d'autres choses, depuis Christophe Colomb. Mais pour venir de si loin, ce remède en est-il meilleur ?

Adoptons une classification des maladies mentales offrant, dans l'espèce, le double avantage d'être simple et d'être efficace, puisque reconnue et admise par trois ministères (Guerre, Travail, Intérieur) ; les futurs, inévitables, fonctionnaires préposés aux résections sexuelles, ne manqueront pas de l'adopter. Nous diviserons donc les aliénés en idiots, alcooliques, paralytiques généraux et fous proprement dits.

Voyons maintenant quel appoint peuvent apporter à la natalité ces quatre catégories de malades.

Au sujet des idiots, il me sera aisé d'être bref. De temps à autre, assurément, une malheureuse idiote, ou plus exactement imbécile, se trouve mise à mal par quelque rustre, jouissant d'ailleurs de la plénitude de ses facultés intellectuelles et viriles. Pour éviter le retour de pareils forfaits, il est plus juste, sinon plus sûr, de castrer le coupable que d'ovariotomiser préalablement la victime. Quant à la généralité des idiots et imbéciles, ils ne souillent que leur chemise, sans risques pour la société.

(Annales médico-psychologiques.)

(A suivre.)

VARIA *No 6*

La stérilisation des aliénés

(Suite.)

Si nous passons aux alcooliques, je vais faire une première concession. Qu'on les coupe, qu'on les taille, qu'on les rogne! Mais bien vite, qu'on le fasse avant qu'il soient devenus fous! Chacun sait qu'il faut un nombre respectable d'années et de petits verres pour faire d'un travailleur conscient un sujet mûr pour le service du collègue Legrain. Or, c'est précisément pendant cette phase prémonitoire que mes gaillards pullulent comme des lapins. En conséquence, je propose qu'à chaque bistro soit, par mesure prophylactique et sociale, annexé un coupeur d'alcooliques.

Les paralytiques généraux, eux aussi, je les condamnerais volontiers aux ciseaux purificateurs; la plupart font des enfants. Mais quand la paralysie générale est reconnue, il est trop tard pour bien faire; de la vigueur passée il ne reste plus que des témoins muets; la famille est fondée, les petits sont là, pauvres graines d'idiots, de fous, de criminels, dit-on. Aussi, soyons encore prudents, et que tout individu porteur d'un chancre syphilitique soit impitoyablement sacrifié aux intérêts de la race et rendu inapte à figurer au haras.

Il reste enfin la dernière catégorie, celle des fous proprement dits. Après les concessions que je viens de faire, on voudra bien les épargner, en considérant : 1° que beaucoup (je n'ose dire la plupart, n'ayant pas sous la main de statistiques) sont internés avant d'avoir fait souche; 2° qu'un grand nombre sont parvenus à l'époque de la vie où l'on n'a plus, soi-même, d'enfants; 3° que les deux groupes ci-dessus éliminés, il reste seulement quelques individus atteints de psychoses périodiques ou de folies constitutionnelles, fortement handicapés de ce fait dans la course intersexuelle.

Je vois d'ici mes contradicteurs aiguiser une riposte : « Ce n'est pas aux fous des asiles que nous voulons malemort; c'est à la foule des psychasthéniques, des déséquilibrés, des demi-fous, qui vivent et se propagent en liberté. »

Eh oui! voilà les individus dangereux; mais comment les distinguer et sur quel verdict les frapper ?

Ne savez-vous pas, imprudents, que les aliénistes voient des fous partout! Je n'ose, quant à moi, me représenter les hécatombes futures dans la masse de mes concitoyens et, ma foi aussi, j'ai peur de la pénible nécessité où seront réduits tant de nous par souci d'équité et scrupule de diagnostic.

Hélas, pauvres fous, vous n'avez pas de chance, le moyen âge vous brûlait, l'Amérique maintenant veut vous châtrer!

A votre tour, au nom de la pureté de la race et de l'économie budgétaire, demandez qu'on émascule les tuberculeux, les syphilitiques, les intoxiqués chroniques, les porteurs de germes, les diathésiques; ne sont-ils pas, eux aussi, tout autant que vous, des semeurs de tares, de maladies et de mort?

Mais je regarde autour de moi et, anxieux, je me demande si, dans quelques générations, il restera sur terre une famille pour pleurer l'humanité stérilisée.

Pardonnez, Monsieur le Rédacteur en chef, une réponse qui, malgré sa forme, n'en est pas moins sincère.

Dr ROGER MIGNOT,
Médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton.

(Annales médico-psychologiques)

VARIA NO. 7

Candidat perpétuel

Nous lisons, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, la chronique suivante :

Décembre est le mois adopté par l'Académie de Médecine pour nous couvrir de prix, de récompenses, de mentions, de médailles d'or, de vermeil, d'argent et même de bronze.

Quand je dis *nous*, c'est une manière de parler, parce que, d'une façon générale, les provinciaux sont assez peu atteints par ces distributions : on est relativement large à leur égard pour les médailles ; on les voit encore, quoique péniblement, se hausser jusqu'aux mentions, quelquefois très honorables ; mais pour les prix eux-mêmes, c'est Paris qui l'emporte à une majorité écrasante, que dis-je ? à la quasi-unanimité.

Un de mes bons amis, provincial comme vous et moi, me racontait dernièrement ses pérégrinations de candidat : vraiment, elles ne manquent pas d'une certaine saveur.

— Quand, narrait-il avec bonhommie, j'eus soutenu ma thèse, qui m'avait demandé beaucoup de peine et pour laquelle je reçus de nombreux compliments, je pensai l'envoyer à l'Académie de Médecine. Je parcourus la liste des prix, choisis celui qui me parut le plus apte à recevoir ma candidature, et tout naïvement adressai mon petit volume au Secrétaire perpétuel.

Vers le mois de juin, les *Bulletins* académiques annoncèrent que le rapporteur me comblait d'éloges ; il me sembla même que ces louanges étaient plus grandes pour moi que pour mes autres concurrents. Un immense espoir m'envahit et ne fit que s'accroître jusqu'au mois de décembre, moment de la séance solennelle. Mais ce jour-là, hélas ! je m'aperçus que je n'avais rien obtenu, pas même la plus mince mention.

Je notai toutefois que le lauréat était le chef de clinique du rapporteur, ce qui fut tout aussitôt pour mon esprit simplet comme un trait de lumière. Je me vois encore furetant fiévreusement à la bibliothèque les *Bulletins de l'Académie* et pointant les noms de tous les membres de la Commission du prix depuis sa fondation. Je ne fus pas long à constater que deux fois sur trois, le nom de mon rapporteur y figurait, et que presque toujours, quand il faisait partie de la Commission, c'était un de ses élèves qui remportait la palme.

Muni de ces renseignements, j'allai deux ans plus tard trouver l'éminent professeur, élu si souvent rapporteur ; je lui fis part de mon intention de poser à nouveau ma candidature, mais avec un ouvrage plus important et pour lequel il m'avait déjà, tout spontanément, adressé des félicitations.

— Je dois vous dire, ajoutai-je, que si un de vos élèves se présente, je ne me mettrai pas sur les rangs, de crainte de courir à un échec ; je préfère attendre un an, deux ans, trois ans et même plus... car je ne suis point pressé.

— Si le sort me désigne comme rapporteur, me répondit cet homme charmant, vous pouvez compter sur moi ; vous avez ma parole. Je vous conseille même, une fois la Commission constituée, et si j'en suis, d'aller faire visite aux deux autres membres qui la constitueront avec moi : vous viendrez ensuite me tenir au courant de vos démarches.

Le sort ayant tourné au gré de mes désirs, je revins donc à Paris trois mois plus tard, exprès pour faire les visites conseillées. elles furent favorables. Puis vint en juin le rapport des prix, d'une brièveté un peu inquiétante en ce qui me concernait. Puis arriva décembre... Et ce fut le chef du laboratoire du maître qui décrocha la timbale.

— Eh oui ! mon petit, me déclara-t-il peu après, toujours bienveillant, je vous avais promis, je le sais. Mais mon chef de laboratoire m'a joué le vilain tour de se porter candidat sans m'avoir prévenu. Alors, vous comprenez, j'ai été forcé de le soutenir. Un maître doit aux siens protection, n'est-ce pas ? Ah ! je suis bien désolé, bien désolé.

Pensant qu'il y avait malentendu, je me représentai l'année suivante, et le sort, décidément bon prince, le nomma encore rapporteur. Cette fois, non seulement il m'assura qu'il voterait pour moi, mais il insista pour que j'aille voir les autres membres de la Commission et leur expliquer *de sa part* que c'était *par sa propre faute*, que j'avais été énucléé. Je refis donc encore la tournée académique... et n'eus pas davantage le prix, qui fut accordé à un travail dont il avait écrit la préface.

Depuis, termina mon vieil ami, je suis désabusé. Les prix de l'Académie n'ont plus la valeur morale que leur attribuait mon âme foncièrement ingénue. Je persiste néanmoins, chaque année, à poser ma candidature, manifestation bien platonique, d'ailleurs, car je reste chez moi, sans plus tenter la moindre visite, amusé seulement à l'idée que je resterai, probablement jusqu'à ma mort, candidat perpétuel !

René CRUCHET.

Nous ne pouvons que nous étonner de la naïveté du « candidat perpétuel » vraiment provincial, qui paraît s'imaginer encore que le mérite et les droits scientifiques ont quelque valeur lorsqu'il s'agit de décrocher un prix ou une situation officielle quelconque !

VARIA

Un médecin grièvement blessé par un de ses malades

Nous avons à enregistrer dans ce *Martyrologe* un nouveau cas de médecin aliéniste grièvement blessé par un aliéné et, comme il arrive fréquemment, ce cas s'est produit dans le cours de la visite quotidienne, au moment où notre confrère s'approchait du malade pour l'interroger.

Le fait s'est passé à l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain), le 25 décembre dernier. Notre distingué collaborateur, M. le Dr Adam, en faisant sa visite du matin, reçut d'un aliéné, un coup de pied en pleine poitrine. Le coup fut si violent que notre confrère perdit l'équilibre, tomba de côté, d'abord sur un fauteuil, puis par terre, et se fractura une côte . la côte cassée était la onzième.

Voici, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, l'explication clinique de cet acte de violence. L'aliéné qui l'a commis se trouvait dans un état confusionnel aigu, avec agitation, turbulence, illusions de reconnaissance, peut-être hallucinations. Entré de la veille, ce malade était alité ; il se débattait dans son lit, chantait, riait. Lorsque M. Adam s'approcha de lui pour lui parler et l'examiner, il reçut de lui le coup de pied qui le projeta en arrière et le fit tomber.

Sans plus s'inquiéter de l'accident qu'il avait provoqué, le malade se mit à chanter la *Marseillaise*. Depuis lors, il n'a pas cessé d'être agité, chantant et riant toute la journée, ne se calmant un peu qu'à l'aide de bains prolongés ou de l'enveloppement dans des draps mouillés.

Quant à notre confrère, immobilisé dans un appareil, il dut interrompre son service pendant plusieurs semaines. Nous apprenons avec plaisir qu'il est aujourd'hui guéri. Si, dès la première nouvelle de son accident, nous lui avons adressé nos vives condoléances, nous sommes heureux de le féliciter de son complet rétablisement.

(Annales Médico-Psychologiques.)

Guérison de la paralysie progressive

Nous publions sous toutes réserves le renseignement suivant emprunté à la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* (numéro du 28 janvier 1911, p. 415) :

« Le journal *Die Zeit*, de Vienne, annonce dans ses nos 2991 et 2992, des 21 et 22 janvier 1911, les résultats obtenus par le traitement de la paralysie progressive à l'aide de la production d'une fièvre artificielle par les injections de tuberculine et de kochéine à l'asile provincial de la Basse Autriche « am Steinhof », près de Vienne, et à la clinique psychiatrique de l'Université de Vienne. Le pourcentage des cas de guérison monte jusqu'ici à 23. « Les malades ont été, jusqu'aujourd'hui, observés pendant trois ans depuis les injections ; cependant la guérison est complète chez les 23 p. 100 mentionnés. Un grand nombre des paralytiques qui ont été guéris à l'aide des injections, ont aujourd'hui des situations excellentes, même considérées. »

(Annales Médico-Psychologiques.)

VARIA No 9.

—

XIIe Congrès Français de Médecine

(Lyon, 21-25 octobre 1911

—

Sous le Patronage et la Présidence d'honneur de :

M. EDOUARD HERRIOT, Maire de Lyon.
MM. les Prof. CHAUVEAU, CH. BOUCHARD, Membres de l'Académie des Sciences
et R. LÉPINE, Correspondant de l'Académie des Sciences

I. Bureau du Congrès

Président : M. le Prof. TEISSIER, Associé national de l'Académie de Médecine.

Vice-Présidents : MM. le Médecin inspecteur POLIN, Directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire; le Prof. WEILL, ex-Président de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon; le Dr J. AUDRY, Médecin honoraire des Hôpitaux, Président de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : M. le Dr Paul COURMONT, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr Fernand ARLOING, Agrégé à la Faculté de Médecine.

Trésorier : M. le Dr A. CADE, Agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux.

Trésorier adjoint : M. A. REY, Imprimeur-Éditeur.

Adjoints au Bureau : MM. les Prof. BARD et D'ESPINE, de l'Université de Genève; le Prof. HENRIJEAN, de l'Université de Liége, Ancien Secrétaire général du Congrès français de Médecine; le Prof. CRESPIN, de la Faculté de Médecine d'Alger; le Dr BROSSARD, Médecin Chef de l'Hôpital français du Caire; le Prof. H. HERVIEUX, de l'Université Laval (Canada), Président de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

II. Programme

Dimanche 22 octobre. — Séance d'ouverture du Congrès et réunion des membres souscripteurs appelés à voter les Statuts de l'Association des médecins de langue française.

Lundi 23 octobre, à neuf heures du matin, première séance générale et discussion de la première question (1).

PREMIÈRE QUESTION : **Du Coma diabétique**

Rapporteurs : M. le Prof. R. LÉPINE (Lyon). *Introduction à l'histoire du coma diabétique.*

MM. les Prof. HUGOUNENQ et MOREL (Lyon). *Chimie du coma diabétique.*

M. le Prof. agrégé Marcel LABBÉ (Paris), et M. le Dr L. BLUM, assistant à la Clinique médicale de M. le Prof. Moritz (Strasbourg). *Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique.*

DEUXIÈME QUESTION : **Du rôle des hémolysines en pathologie**

Rapporteurs : MM. le Prof. agrégé Georges GUILLAIN et le Dr Jean TROISIER (Paris). *Exposé général du sujet.*

M. le Prof. NOLF (Liége). *Les hémolysines au point de vue expérimental.*

MM. le Prof. Fernand WIDAL et le Dr Pierre ABRAMI. *Les Ictères hémolytiques acquis. — Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extra-hépatique.*

M. le Prof. BAR (Paris). *Les Hémolysines de la femme enceinte.*

TROISIÈME QUESTION : **Des diurétiques**

Rapporteurs : M. le Prof. HENRIJEAN (Liége) et M. le Prof. MAYOR (Genève). *La Diurèse et les Agents diurétiques.*

M. le Prof. PIC (Lyon). *Les Médicaments diurétiques.*

M. le Prof. ARNOZAN (Bordeaux). *Les Régimes diurétiques.*

QUATRIÈME QUESTION, ajoutée par le Bureau après entente avec le département de la Guerre : **Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.**

Rapporteurs : M. le Médecin principal ROUGET, Professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le Ministre de la Guerre.

Adresser les communications à M. Paul COURMONT, Secrétaire général, rue Sainte-Hélène, 23, Lyon. — Les bulletins de souscription et mandats à M. A. REY, imprimeur-éditeur, rue Gentil, 4, Lyon.

VARIA NO 10

VI[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Bruges, 30 septembre et 1 octobre 1911)

BUREAU DU CONGRÈS :

Présidents : D[r] CROCQ, Président de la Société de Neurologie. — D[r] DEROUBAIX, Président de la Société de Médecine mentale.

Vice-Présidents : N..., Vice-Président de la Société de Neurologie. — D[r] BEESAU, Vice-Président de la Société de Médecine mentale

Secrétaires : D[r] D'HOLLANDER, Secrétaire de la Société de Médecine mentale. — D[r] Boulenger, Secrétaire de la Société de Neurologie.— D[r] THOORIS (de Bruges).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR :

I. *Anatomie :* Prof. BRACHET (de Bruxelles). La signification morphologique des grands organes des sens de la tête.

II. *Psychiatrie :* D[r] GEERTS (de Bruxelles). Les états anxieux.

III. *Psychologie :* D[rs] LEY et MENZERATH (de Bruxelles). L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales.

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet *quelconque* de neurologie ou de psychiatrie.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications; la seule condition est l'usage d'une des deux langues belges : le français ou le flamand.

DISTRACTIONS : Visite des musées, des asiles; excursion à Ostende.

La cotisation est fixée à 10 francs.

Adresser les adhésions à M. le D[r] D'Hollander, médecin de l'asile des aliénées de *Mons*.

VARIA No 11

—

XXIe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

(Amiens, 1er-10 août 1911)

Nous avons annoncé précédemment cette session dont voici le programme :

MARDI 1er AOUT

A 9 h. 1/2 du matin. — Séance solennelle d'ouverture à l'Hôtel de Ville.

A 10 h. 1/2. — Visite du Musée de Picardie.

A 2 heures du soir. — Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la première question : *Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle).* Rapporteur : M. le Docteur MAILLARD, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

A 5 heures. — Visite du Vieil Amiens.

MERCREDI 2 AOUT

A 9 h. 1/2 du matin. — Séance à l'Hôtel de Ville : suite de la discussion sur la première question. — *Communications diverses.*

A 2 heures du soir. — Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la deuxième question : *Des tumeurs du corps pituitaire.* Rapporteur : M. le Docteur COURTELLEMONT, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens.

A 5 heures. — Visite de la cathédrale d'Amiens.

JEUDI 3 AOUT

Excursion à Coucy-le-Château, Prémontré et *Saint-Gobain.* — Départ d'Amiens par chemin de fer, *à 6 h. 41 du matin.* — Visite des ruines de Coucy. Déjeuner à Coucy.

Après-midi : visite de l'asile de Prémontré, séance de *communications.* — Traversée en tramway électrique de la forêt de Saint-Gobain. — Visite des glaceries.

Retour à Amiens, *à 8 h. 1/2.*

VENDREDI 4 AOUT

A 9 h. 1/2 du matin. — Séance à l'Hôtel de Ville. — Rapport et discussion sur la troisième question : *De la valeur du témoignage des aliénés en justice.* Rapporteur : M. le Docteur LALANNE, médecin en chef de l'asile Maréville (Nancy).

A 11 heures. — *Assemblée générale du Congrès.*

A 2 heures du soir. — Visite de l'asile de Dury. Séance de *communications diverses.*

DU SAMEDI 5 AU JEUDI 10 AOUT

Excursion à Paris-Plage, Wimereux, Boulogne, Folkestone, Londres et retour à Amiens.

Adresser les adhésions au Dr Charon, secrétaire général, directeur de l'asile l'Amiens.

VARIA N° 12

Ier Congrès international de Pédologie

(Bruxelles, 12-18 août 1911)

Président d'honneur : le Dr DESGUIN (d'Anvers).
Président : le Dr DECROLY (de Bruxelles).
Secrétaire général : Mlle le Dr IOTEYKO (de Bruxelles).
Le Congrès comprendra cinq sections :

Section I. — Pédologie en général et nomenclature.

Section II. — Anthropométrie et hygiène scolaire.

Section III. — Psychologie infantile (normale et anormale).

Section IV. — Pédagogie normale et anormale.

Section V. — Sociologie infantile.

Chacune de ces sections comporte cinq ou six questions mises à l'ordre du jour; des rapporteurs sont chargés de les mettre au point.

EXTRAIT DES STATUTS :

Membres. — Toute personne s'intéressant au progrès de la pédologie peut s'inscrire comme membre.

Le montant de la cotisation est fixé à 20 francs et donne le titre de membre *titulaire.* Les membres titulaires ont droit à toutes les publications du Congrès et peuvent participer aux séances, aux fêtes et autres réunions, dont il sera question dans les éditions ultérieures de ce programme.

Les personnes accompagnant les congressistes peuvent devenir membres *associés* moyennant une cotisation de 10 francs. Ces membres peuvent prendre part à toutes les réunions, mais ils n'ont pas droit de parole aux séances et ne recevront pas les publications du Congrès.

Cotisations. — Les cotisations doivent être envoyées avec l'adresse des membres au trésorier du Congrès, M. Daumers, directeur de l'Ecole n° 13, place Anneessens, 11, Bruxelles. Il sera envoyé en échange une carte de membre. Tous les adhérents au Congrès sont astreints à la cotisation (membres des différents comités, membres d'honneur, rapporteurs, etc.).

Excursions, visites et festivités. — Des excursions et des festivités seront organisées pendant le Congrès. La liste détaillée en sera donnée plus tard. Annonçons l'excursion à Charleroi et la visite de l'Exposition industrielle qui se tient en cette ville; le laboratoire de pédologie de Mlle le Dr Ioteyko sera transféré à l'Exposition même; visite de l'Université du Travail de Charleroi; excursion à Anvers et visite du laboratoire de pédologie de M. Schuyten; visite de l'Institut de sociologie Solvay, etc.

Les publications. — Les travaux du Congrès comprendront deux volumes, l'un affecté aux rapports et l'autre aux communications et aux discussions. Le premier volume paraîtra avant le Congrès et sera envoyé aussitôt aux membres, si le srapports sont terminés en temps utile. Cette mesure facilitera beaucoup la discussion, car chaque membre pourra lire d'avance les travaux du Congrès.

Langues officielles. — Les travaux pourront être rédigés en français, allemand, anglais ou italien, avec résumé français dans tous les cas. Les procès-verbaux des séances seront rédigés en français.

VARIA

Les Derviches hurleurs.

Dans ses *Notes et Croquis d'Orient et d'Extrême Orient*, le Dr Albert Le Play écrit ce qui suit, à propos des Derviches hurleurs.

La salle dans laquelle ces messieurs opèrent est rectangulaire; sur deux des côtés, se trouve une petite galerie réservée aux infidèles; aux murs sont inscrits des versets du Coran; dans la salle aucun accessoire; des tapis de prière sont étendus par terre.

Un iman, flanqué de deux assesseurs, préside la cérémonie. Sa voix monotone se fait bientôt entendre; il psalmodie sur un ton nasillard une mélopée plaintive; devant lui, une escouade d'une douzaine d'agités, rangés sur un rang, fait entendre une série de grognements rythmés, à trois temps, d'un bruit spécial *comme si leur pharynx nasal était encombré de polypes*. Ils alternent indéfiniment les « Lâ Ilâh ill Allah ! » avec les « Allah hou ! ». Chaque mesure se fait sur un pied, de sorte qu'ils se dandinent tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre, tout en se penchant fortement en avant et en appuyant leurs mains à plat sur la paroi de l'abdomen, comme s'ils souffraient de tranchées insupportables.

Le mouvement s'accélère progressivement; les têtes, comme des loques, se balancent d'une façon impressionnante, d'avant en arrière. Encouragés par la voix de l'iman, auquel se sont joint des assesseurs, et dont le calme contraste avec leur état d'agitation, les derviches se secouent de plus en plus; aux grognements font maintenant suite des hurlements, qui deviennent bientôt de véritables rugissements; les « Allah lâ ilâha ill Allah ! » reviennent avec une rapidité surprenante. A cette agitation désordonnée font suite des mouvements plus rythmés; avec une solidarité parfaite, les hommes rejettent leurs corps avec élan, alternativement en avant et en arrière, en poussant des « Allah hou ! » désespérés, puis, peu à peu, vaincus par la fatigue, trempés de sueur, ils terminent cette séance dans le calme le plus profond...

(Revue de Psychothérapie.)

Spiritisme et supercherie.

M. Remy vient de faire, devant la Chambre syndicale des « Illusionnistes » de France, trois conférences aujourd'hui rassemblées en volume, sur le spiritisme. Prestidigitateur, rompu à l'art de multiplier les faux miracles, M. Remy dévoile les fraudes des mediums. Il fait un plaisant tableau de l'office de développement de New-York, où l'on enseigne à projeter des objets avec les dents, à faire craquer les tables en pressant un mécanisme, à composer des lueurs surnaturelles avec de l'hydrogène phosphoré, et à établir un fantôme avec cinq mètres de fine étoffe cachés dans un œuf de bois. Quel avantage pour un medium de savoir faire craquer sa hanche, ou d'être ventriloque! Quelle habileté aussi! Quelle complication d'accessoires! L'un tient sa main sur la table . c'est une fausse main de caoutchouc. L'autre fait éclore des poissons dans un bocal : il les tient dans des récipients à tuyaux, cachés autour de ses reins. L'ouvrage ne relate cependant pas la plus délicate des fraudes : deux des plus illustres savants de Paris ont failli en être les victimes. Ils devaient tenir chacun une main du medium : celui-ci manœuvra avec une douceur si adroite qu'à la fin de la soirée, chacun des deux expérimentateurs tenait fortement la main de l'autre, et la contrôlait avec soin, tandis que le medium avait les mains libres.

La crédulité du public aide grandement aux supercheries. M. Remy a vu, chez des somnambules qui ont fini en correctionnelle, des lettres de professeurs, d'institutrices, de licenciés en droit, qui les interrogeaient sur le succès d'un concours ou qui demandaient des dents de loup contre la médisance, des flacons d'eau fatale, de la corde de pendu.

(Revue de Psychothérapie.)

VARIA *no 17*

—

VI[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Bruges, 30 septembre et 1[er] octobre 1911)

—

BUREAU DU CONGRÈS :

Présidents : D[r] CROCQ, Président de la Société de Neurologie. — D[r] DEROUBAIX, Président de la Société de Médecine mentale.

Vice-Présidents : Prof. BRACHET, Vice-Président de la Société de Neurologie. — D[r] BEESAU, Vice-Président de la Société de Médecine mentale.

Secrétaires : D[r] D'HOLLANDER, Secrétaire de la Société de Médecine mentale. — D[r] BOULENGER, Secrtéaire de la Société de Neurologie. — D[r] THOORIS (de Bruges).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR :

I. *Anatomie :* Prof. BRACHET (de Bruxelles). La signification morphologique des grands organes des sens de la tête.

II. *Psychiatrie :* D[r] FAMENNE (de Florenville). Les états anxieux.

III. *Psychologie :* D[rs] LEY et MENZERATH (de Bruxelles). L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales.

Indépendant des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet *quelconque* de neurologie ou de psychiatrie.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications ; la seule condition est l'emploi d'une des deux langues en usage en Belgique : le français ou le flamand.

DISTRACTIONS : Visite des musées, des asiles ; excursion à Ostende.

La cotisation est fixée à 10 francs.

Adresser les adhésions à M. le D[r] D'HOLLANDER, médecin de l'asile des aliénés de *Mons*.

VARIA Nº 15

Mesures contre la dépopulation en Belgique

On s'inquiète en Belgique, surtout dans les milieux catholiques, de la diminution constante qui s'atteste depuis quelques années, en des proportions assez sérieuses dans la natalité.

Le cardinal-archevêque de Malines avait déjà attiré l'attention sur cette question et, d'autre part, un vive campagne avait été entreprise contre la propagande néomalthusienne, qui produit surtout ses effets dans les provinces wallonnes.

M. Woeste, leader de la droite, vient de déposer à la Chambre une proposition de loi qui tend à compléter l'article 353 du Code pénal, en punissant d'un emprisonnement d'un an à trois ans les médecins, sages-femmes et pharmaciens qui auront recommandé des moyens de faire avorter une femme.

De plus, la proposition Woeste prévoit un emprisonnement de six mois à trois ans et une amende de 200 à 3.000 francs pour quiconque, soit par des discours prononcés dans des lieux publics, soit par la vente, la mise en vente ou l'offre même non publique, l'exposition, l'affichage ou la distribution d'écrits, d'imprimés ou de gravures, de remèdes, d'instruments ou objets quelconques, aura provoqué à l'avortement, que cette provocation ait été suivie ou non d'effet.

(Le Temps.)

L'exécution des condamnés au Nevada

L'Etat américain de Nevada va, paraît-il, accorder aux condamnés à mort la consolation de choisir le genre de mort qui leur conviendra. La Commission du Code a présenté à la législature, avec toutes chances de le voir approuve, un projet de loi, qui laissera au condamné le choix entre : être fusillé, pendu ou empoisonné.

S'il ne manifeste pas de préférence, il sera pendu. S'il choisit le poison, il lui sera remis, par le médecin de la prison, une dose d'acide prussique suffisante, et s'il hésite à s'exécuter, on le pendra.

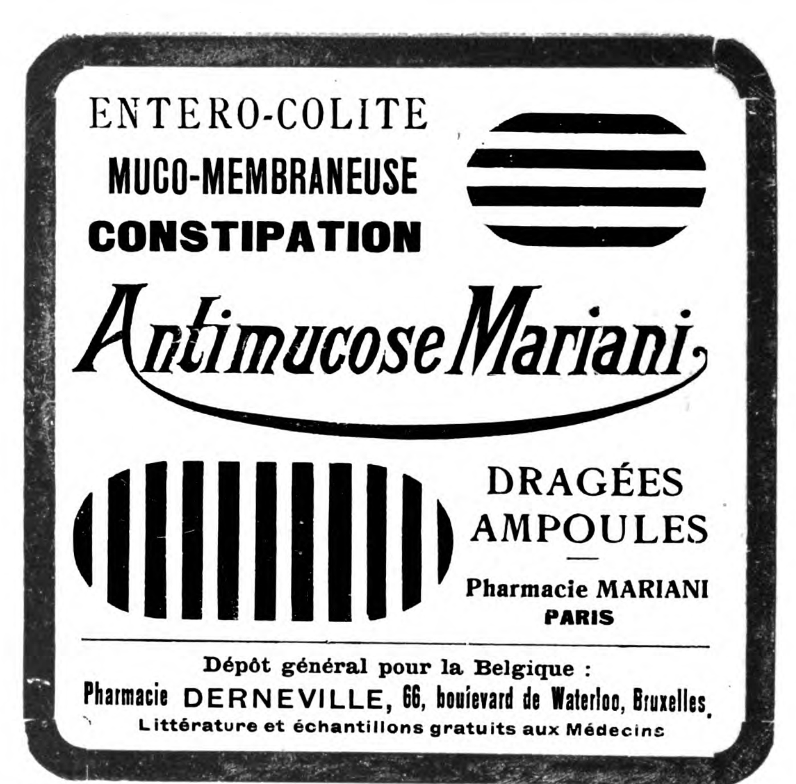
Le projet de loi porte que, sur le flacon de poison, il sera écrit :

« Il y a ici une quantité d'acide prussique suffisante pour causer la mort instantanée. Vous êtes autorisé à l'absorber, afin d'exécuter la sentence de mort prononcée contre vous. »

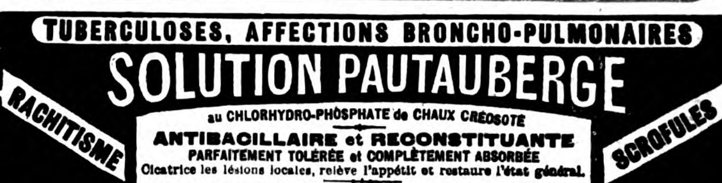
Et le condamné n'aura plus qu'à s'exécuter avec la sérénité de Socrate.

Il paraît que ce projet de loi a été nécessité par la difficulté que trouve l'Etat de Nevada à se procurer un bourreau et par les scrupules des fonctionnaires des prisons, à qui il répugne de figurer aux exécutions et de participer ainsi à l'assassinat gélal.

(Archives d'anthrop. crim.)



ENTERO-COLITE
MUCO-MEMBRANEUSE
CONSTIPATION
Antimucose Mariani
DRAGÉES
AMPOULES
Pharmacie MARIANI
PARIS
Dépôt général pour la Belgique :
Pharmacie DERNEVILLE, 66, boulevard de Waterloo, Bruxelles.
Littérature et échantillons gratuits aux Médecins



TUBERCULOSES, AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
SOLUTION PAUTAUBERGE
RACHITISME
SCROFULES
au CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX CRÉOSOTÉ
ANTIBACILLAIRE et RECONSTITUANTE
PARFAITEMENT TOLÉRÉE et COMPLÈTEMENT ABSORBÉE
Cicatrice les lésions locales, relève l'appétit et restaure l'état général.
L. PAUTAUBERGE, COURBEVOIE-PARIS et toutes Pharmacies

VARIA NC 16

Réclamations de dommages-intérêts par la famille d'une aliénée décédée hors de l'asile

Mme Turpin, âgée de cinquante-six ans, était , en juin 1904, admise d'office à l'asile de la Maison-Blanche, à raison de troubles mentaux qui la rendaient dangeureuse pour elle-même et pour les personnes qui l'entouraient.

Le 29 août, Mme Turpin fut placée dans le quartier des gâteuses.

En novembre de la même année, les filles de Mme Turpin demandèrent à reprendre leur mère; celle-ci, qui n'était plus dangereuse, luer fut remise le 16 novembre 1904. La malheureuse femme décéda le 24 décembre suivant.

Le 31 janvier dernier, devant la 1re chambre du tribunal, présid épar M. Ancelle, les filles de Mme Turpin réclamaient 15,000 francs de dommages-intérêts au préfet de la Seine. Elles prétendaient que le décès de leur mère avait eu pour cause la négligence et la faute grave du directeur de l'asile de Maison-Blanche, qui n a pas prescrit les soins nécessaires à la malade confiée à sa garde, ni veillé à ce que ces soins fussent donnés. Elles soutenaient, en outre, que le directeur de l'asile avait omis d avertir la famille de Mme Turpin de l'état dans lequel celle-ci se trouvait, et avait ainsi empêché de donner à la malheureuse femme les soins dont elle avait besoin.

Après plaidoiries de Me Georges Deligand, avocat d office, et de Me Bourdillon, le tribunal a rendu un jugement dont l'attendu suivant est à citer : « ... Attendu que l'administration de l'asile de la Maison-Blanche, qui n'avait nullement l'obligation de prévenir la famille de la dame Turpin de l état d une malade qu'on lui retirait ni de lui donner des conseils, ne saurait être déclarée responsable de ce qu'elle n'a pris aucune précaution à cet égard. »

Les filles de Mme Turpin ont, en conséquence, téé déboutées de leur demande en 15,000 francs de dommages-intérêts contre le préfet de la Seine.

(*Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, février 1911.)

Le docteur psychologue

On lit dans le *Répertoire de médecine et de chirurgie* (numéro de février 1911) :

Les formes de l'exercice illégal de la médecine sont extrêmement variées. Les aigrefins se sont ingéniés de mille façons pour exploiter l'inépuisable réservoir qu'est la crédulité humaine.

Nous avons mentionné la condamnation d'un pharmacien qui, par la répétition illégale des ordonnances, avait facilité l'exercice de la médecine à un citoyen plus dépourvu de diplôme que de scrupules.

Nous avons eu à Alger un cas à peu près semblable. Seulement, notre pseudo-confrère algérois ne délivrait pas d ordonnance; il opérait seul, prescrivant des douches, des massages et calmant les migraines ou autres manifestations nerveuses par un casque magnétique.

Condamné une première fois, au mois de mai dernier, le « docteur psychologue » était poursuivi une deuxième fois pour le même délit.

Les hasards de la vie et des professions amènent des rencontres originales : les poursuites ont eut lieu à la requête du Syndicat médical, présidé par le Dr Murat; la défense du prévenu a été présentée par Mr Murat, avocat, frère du sympathique président du Syndicat médical. qu on ne saurait trop féliciter de son initiative.

D'après la *Dépêche algérienne*, le docteur psychologue a été condamné à quinze jours d'emprisonnement et 500 francs d amende. Il a aussitôt interjeté appel du jugement.

(An. médico-psychologiques.)

VARIA

—

VI[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

Président d'honneur M. Henry CARTON DE WIART, Ministre de la Justice.

Vice-Présidents d'honneur MM.

Le Comte Amédée VISART DE BOCARMÉ, Bourgmestre de Bruges.

Henry DOM, Directeur général au Ministère de la Justice.

PROGRAMME

Samedi 30 septembre.

A 10 heures. — 1. Ouverture du Congrès, au Foyer du Théâtre;
2. Discours de M. Crocq, Président;
3. Rapport d'Anatomie : Prof. BRACHET (Bruxelles) : *La signification morphologique des grands organes des sens de la tête;*
4. Communications.

A 14 heures. — Visite de l'asile Notre-Dame, à Saint-Michel-lez-Bruges.

A 16 heures. — Au Foyer du Théâtre :
1. Rapport de Psychologie : D[rs] LEY et MENZERATH (Bruxelles) : *L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales;*
2. Communications.

Le soir, réunion intime à l'Hôtel Windsor (en face de la gare).

Dimanche 1 octobre.

A 9 heures. — Au Foyer du Théâtre :
1. Rapport de Psychiatrie : D[r] FAMENNE (Florenville) : *Les états anxieux;*
2. Communications.

A 11 heures. — Visite du Refuge et Dépôt de mendicité pour femmes.

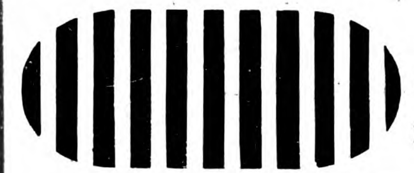
L'après-midi, visite des musées de Bruges.

A 18 heures. — Banquet par souscription à l'Hôtel Windsor.



CONSTIPATION





DRAGÉES
AMPOULES

Pharmacie MARIANI
PARIS

Dépôt général pour la Belgique :
Pharmacie DERNEVILLE, 66, boulevard de Waterloo, Bruxelles.
Littérature et échantillons gratuits aux Médecins

TUBERCULOSES, AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

SOLUTION PAUTAUBERGE

RACHITISME — SCROFULES

au CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX CRÉOSOTÉ

ANTIBACILLAIRE et RECONSTITUANTE
PARFAITEMENT TOLÉRÉE et COMPLÈTEMENT ABSORBÉE
Cicatrice les lésions locales, relève l'appétit et restaure l'état général.

L. PAUTAUBERGE, *COURBEVOIE-PARIS* et toutes Pharmacies.

Contre l'**ARTERIOSCLEROSE**

les Médecins prescrivent

LES PILULES

d'**ASCLÉRINE**

qui donnent un résultat thérapeutique certain
et n'altèrent en rien la santé générale.

Dose : 4 Pilules par jour pendant 10 jours

Préparées par PRIOU, MÉNÉTRIER & C[o]

34, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA BELGIQUE : **Pharmacie DERNEVILLE, Bruxelles**

VARIA

VIIe Congrès international d'anthropologie criminelle

(Cologne 9-13 octobre 1911)

Le Congrès comprendra la discussion des rapports et des conférences.

I. *Rapports.* — 1. « La sentence indéterminée » :

Dr THYRÉN, Professeur de droit pénal (Lund) ;

Dr COMTE DE GLEISPACH, Professeur de droit pénal (Prague) ;

Dr VAMBÉRY, Procureur du roi, Professeur de droit pénal (Budapest)

2. « L'influence des prédispositions et du milieu dans la criminalité » :

GAROFALO, Procureur général du roi (Venise).

3° « Morphologie et Psychologie des races primitives humaines » :

KLAATSCH, docteur en médecine, Professeur (Breslau).

4*a*. « L'état actuel de la psychologie criminelle » :

SOMMER, docteur de philosophie, docteur en médecine, Professeur de psychiatrie (Giessen) ;

MITTERMAIER, Professeur de droit pénal (Giessen).

4*b*. « Les monstruosités morphologiques en particulier du crâne, au point de vue de l'expertise médicale ;

CARRARA, Professeur, directeur de l'Institut de médecine légale (Turin).

5° « Traitement des soi-disant semi-responsables » :

VAN ENGELEN, Président du tribunal de première instance (Zutphen. Hollande) ;

KAHL, docteur en médecine et en droit, Conseiller secret de justice, Professeur de droit (Berlin).

6° « Du régime des prisons » :

GONNE, directeur général des prisons (Bruxelles) ;

JULIUS RICKL VON BELLYE, Conseiller au ministère de la justice (Budapest).

7° « L'internement des aliénés dangereux criminels » :

SAPORITO, docteur en médecine, médecin en chef de l'asile de sûreté (Aversa) ;

KÉRAVAL, docteur en médecine, médecin de l'asile clinique (Paris).

II. *A la mémoire de Lombroso.* — H. KURELLA, docteur en médecine (Bonn).

III. *Conférences diverses.*

Adresser les adhésions au Dr Brüggelmann, Psychiatrische Klinik, Cologne.

VARIA No. 19

Les disciples de Troplong

Le Médecin Praticien, 31 mai 1911.

M. Alaize commente quelques propos de l'accusation et un attendu du jugement, glanés par lui dans le compte rendu d'une affaire débattue récemment devant la 9e chambre correctionnelle; et qui, sous le titre de : « l'Internement du Pharmacien » a passionné l'opinion publique..

Il rappelle la fameuse « opinion » du président Troplong, que nous reproduisons avec lui, car les médecins ne sauraient trop la lire :

« Combien n'ai-je pas vu de consultations qui rappellent trait pour trait
» les scènes de notre divin Molière? Un mouvement nerveux dans le visage,
» un tic familier, une manière de parler, un geste, les choses en un mot les
» plus simples et les plus naturelles étaient tournées en diagnostic et en
» pronostic comme la sputation fréquente de M. de Pourceaugnac. Et l'on
» voudrait que nous nous autres juges, qui tenons dans nos mains la liberté
» et la capacité civiles des personnes, nous fissions dépendre de si frivoles
» symptômes ces grandes questions où sont engagés l'honneur des familles,
» la succession des biens, et les droits les plus chers de l'homme! Je pense
» que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines
» reçues dans la jurisprudence et qu'elle ne doit en rien la modifier. »

Et il conclut :

Qu'importe que X, Y ou Z soit ou ne soit pas, comme disent les incompétents : « fou »! A propos d'une affaire quelconque, des magistrats de ce temps avancent une manière de voir qui me choque en tant que médecin. Je la relève, je la commente. Et je n'ai pas sur la présente matière à chercher bien loin les conclusions qui diront la pensée de bien des médecins avertis. Je feuillette le passé et je trouve dans un rapport de Bourdin, Collineau et Simonot à la Société médico-pratique (1870), ces propositions générales qui auraient dû depuis longtemps clore l'éternelle querelle entre médecins et magistrats : « Isolé de connaissances techniques suffisantes, le bon sens est d'un faible secours dans la pratique des arts d'application. La validité des
» diagnostics médicaux est le fait d'une sagacité dont les éléments sont ail-
» leurs. Soutenir que le premier venu, fût-ce un homme de génie, est apte,
» en l'absence de notions spéciales, à distinguer dans tous les cas les signes
» d'intégrité ou de perturbation psycho-cérébrale offert par un individu qui
» lui serait conduit, c'est tout bonnement débiter une monstruosité. »

(Revue de Psychiatrie.) P. JUQUELIER.

Les amoureuses de prêtres

Esculape, mai 1911.

M. J. Rolet rappelle, par des exemples empruntés à des auteurs récents, que l'amour morbide d'une aliénée pour un prêtre, provoquant parfois du scandale, et parfois des réactions dangereuses, peut être rencontré au cours d'un grand nombre de maladies mentales : délires systématisés d'interprétation et de revendication des déséquilibrées, psychoses hallucinatoires, manie avec tendances érotiques, paralysie générale, etc.

L'auteur cite, d'autre part, l'opinion de Ball au sujet de la coexistence si fréquente de la folie religieuse et de l'excitation sexuelle : le caractère sacerdotal attire certaines mystiques délirantes, en même temps que de véritables perverties sexuelles, élevées souvent, les unes et les autres, dans des pratiques religieuses excessives.

(Revue de Psychiatrie.) P. JUQUELIER.

VARIA No 20

Euthanasie

Le *Journal des Débats* rapporte que pour la première fois, depuis qu'il y a des Shakers, deux d'entre eux, le Frère Gillette et la Sœur Sears ont été emprisonnés. Ils vont passer devant la Cour suprême de l'Etat de Floride, sous l'inculpation d'homicide. Le procès fait grand bruit en Amérique. Ils avaient soigné avec beaucoup de dévouement la sœurSadée Merchant, du petit village de Kissimee. Après des semaines de tortures, celle-ci, arrivée à l'agonie, les implorait, au nom du ciel ,d'abréger ses souffrances. Ils se laissèrent tenter et mirent la mourante sous le chloroforme. Elle passa donc doucement dans l'autre monde. Le frère Gillette et la sœur Sears retournèrent à leur travail selon la maxime de la secte : « Dieu pour le cœur, le travail pour les mains ». Mais au bout de peu de temps, ils furent arrêtés. On attend avec beaucoup de curiosité le verdict. Déjà un médecin légiste bien connu à New-York, le docteur W. J. O'Sullivan, s'es énergiquement prononcé pour l'acquittement. « C'est une brutalité, a-t-il déclaré, de laisser souffrir ceux qui accomplissent certainement leurs dernières minutes. Dans beaucoup de pays, au Japon, par exemple, on a coutume d'abréger ces douleurs suprêmes, et l'opinion se répand de plus en plus en Amérique qu'achever le patient dans un pareil cas est une simple preuve d'humanité. » On sait qu'un romancier anglais, M. Hugh Benson, dans un roman qui décrit la fin du monde, a imaginé tout un service public dont les employés seraient consacrés à l'*euthanasie*, c'est-à-dire à l'adoucissement de la mort. Ils arriveraient, appelés par le téléphone et portant des boites de stupéfiants qu'il suffirait de faire respirer aux malades. Leurs services seraient particulièrement appréciés dans les grandes catastrophes, accident de chemins de fer, chutes d'aéroplanes, etc. Ils feraient cesser très rapidement les scènes pénibles qui suivent ces événements. Il ne semble pas toutefois que ces méthodes expéditives doivent jamais s'introduire dans la vieille Europe.

(Journ. de méd. et de chir. pratiques.)

Le millionnaire vagabond

Un millionnaire américain, associé d'une des plus grandes maisons industrielles des Etats-Unis, vient d'être victime à Bruxelles d'une cruelle aventure. Il occupait depuis une quinzaine de jours un appartement dans un grand hôtel de la capitale, lorsqu'il se trouva à court d'argent, il câbla à New-York, mais la réponse tardant à venir, le gérant de l'hôtel, ne pouvant obtenir le payement de la note en souffrance, déposa plainte. Le millionnaire américain eut beau protester, la police s'en mêla, et comme l'Américain n'avait pas de papiers d'identité en sa possession, il fut condamné à deux ans de détention dans un dépôt de mendicité, pour vagabondage — décision qui, d'après la loi belge, est sans appel.

Ce ne fut qu'au bout de vingt-deux jours que parvinrent à Bruxelles les renseignements demandés à New-York et qui confirmaient que le personnage arrêté était un millionnaire authentique et nullement un vagabond. Le riche Américain, qui avait déjà fait vingt et un jours de détention, a été immédiatement remis en liberté. Il prend d'ailleurs très allègrement son aventure et considère qu'avoir fait de la prison comme vagabond, c'est un joli souvenir pour un millionnaire.

Mais en Belgique, on estime qu'il est urgent de modifier la loi sur le vagabondage qui permet à un juge de paix de condamner sans appel, même pour sept années, tout individu arrêté en état de vagabondage, c'est-à-dire sans domicile, sans ressources et sans travail. On est d'avis qu'il est nécessaire de donner des garanties plus sérieuses pour le respect de la liberté individuelle.

(Archives d'Anthrop. crim.)

VARIA

—

Kleptomanie

Mlle Jeanne S..., âgée de 15 ans, vole une somme de 550 francs au directeur de son pensionnat, elle achète des toilettes, du fard, etc., et mène **la** vie galante.

« Je me suis enfuie, dit-elle au juge, pour faire la fête. »

Au Dr de Clérembault elle déclare :

« J'aime par-dessus tout, lui a-t-elle dit, à me faire remarquer. J'adore les toilettes excentriques et le maquillage. Si j'aime le chant, c'est avant tout parce qu'il permet de se faire valoir.

» ... J'ai des besoins de mouvement qui me prennent subitement, comme une folie : courir, danser.

» Je rêve souvent de grandes émotions, comme faire du cheval. Non pas de naviguer, car la mer me fait trop peur. J'ai grand peur du noir et surtout peur des souris. Pourtant j'aimerais assez les lions (!) J'ai souvent songé que je serais bien couchée contre un fauve ; son contact me serait une volupté physique. La peur se mêlerait agréablement à une joie sensuelle, peut-être due à la fourrure...

» J'aime me maquiller et j'ai pensé à me faire tatouer... Quand j'aurai mes vingt et un ans, j'entrerai au café-concert et je ferai la noce ; ce sera ma façon de vivre ma vie. »

Et le Dr Clérambault conclut :

« Nous rapprocherons notre jeune fille de l'héroïne d'une œuvre célèbre, d'un récit bien certainement vrai, et qui mériterait, à mes yeux, d'être commentée ligne par ligne, scientifiquement : c'est la perverse Manon Lescaut que nous voulons dire...

» Comme Manon, notre jeune échappée est frivole, incapable d'attention soutenue, donc de travail. Comme Manon, elle est inapte à comprendre la valeur d'une affection.

» Comme elle ne possède ni une volonté, ni du goût pour aucun travail, son avenir est pour nous certain, et elle ne se trompe pas en appelant la galanterie sa vocation. Contre un penchant aussi profond, rien ne peut être fait. Nos raisonnements et ses propres volontés seront aussi inutiles contre lui qu'ils le seraient contre l'épilepsie, si elle en était affectée.

» Vainement, un amant ou un mari se multiplierait-il auprès d'elle : il succomberait. Et aurait-il, présent, toujours le dernier mot, qu'à sa première absence d'une heure il serait remplacé... »

La 9e chambre correctionnelle de la Seine a acquitté la jeune kleptomane « comme ayant agi sans discernement ».





XXIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
et des pays de langue française

(Tunis, 1er au 7 avril 1912)

—

Le XXIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1er au 7 avril.

Bureau du Congrès

Président : Dr Mabille, de La Rochelle.
Vice-Président : Dr Arnaud, de Vanves.
Secrétaire général : Dr Porot, de Tunis.

Travaux scientifiques

I. — RAPPORT sur les questions à l'ordre du jour :

a) — Les Perversions instinctives. Rapporteur : M. Dupré, professeur agrégé, Paris.

b) — Les Troubles nerveux et mentaux du paludisme. Rapporteur : Dr Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.

c) — L'Assistance des aliénés aux Colonies. Rapporteur général : Professeur Régis, de Bordeaux ; Rapporteur : M. Redoul.

II. — COMMUNICATIONS originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Renseignements généraux

Le Congrès comprend :

1° *Des membres adhérents;*

2° *Des membres associés* (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les *asiles d'aliénés* inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Voyages et excursions

Le séjour en Tunisie permettra aux Congressistes de visiter outre les villes orientales de Tunis et Kaurouan, les antiquités de l'Afrique Romaine ainsi que le Sud Tunisien et ses oasis.

1re PARTIE. — *Tunis et ses environs* (5 jours) : Réunins scientifiques, visites aux établissements d'assistance, visite de la ville arabe, des souks, Carthage, le Bardo et son musée.

2e PARTIE. — *Excursions dans le Centre et le Sud Tunisien* (2 ou 5 jours).

Petite excursion (2 jours) : Kairouan, la ville sainte.

Grande excursion (5 jours) : Kairouan, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès et son oasis.

Excursion automobile facultative à Dougga (1 jour).

Les Congressistes qui voudraient prolonger leur séjour en Afrique pourront faire l'intéressant voyage de Constantine, Timgad, Biskra et retour par Alger.

Retour possible par Palerme (la Sicile), Naples et l'Italie.

Les réductions de tarifs habituelles seront demandées aux Compagnies de chemin de de fer français pour le transport des Congressistes jusqu'à Marseille.

Des réductions ont été consenties par les Compagnies françaises de navigation pour le trajet Marseille-Tunis et retour.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au *Dr POROT, 5, rue d'Italie, à Tunis* (à partir du 1' nocembre).

Varia n° 23

Vingt-deuxième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

(Tunis, 1er au 7 avril 1912.)

Le vingt-deuxième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1er au 7 avril, sous la présidence du docteur Mabile, de La Rochelle, assisté du vice-président, M. le docteur Arnaud, de Vanves, et du secrétaire général, M. le docteur Porot, de Tunis.

A. — Travaux scientifiques

I. — Rapports sur les questions à l'ordre du jour:

a) *Les perversions instinctives.* Rapporteur: M. le prof. agrégé Dupré (Paris).

b) *L'assistance des aliénés aux colonies.* Rapporteur général: M. le professeur Régis (de Bordeaux); rapporteur: M. Reboul.

c) *Les troubles nerveux et mentaux du paludisme.* Rapporteur: M. le docteur Chavigny, professeur agrégé au Val-de-Grâce (Paris).

II. — Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

B. — Renseignements généraux

Le Congrès comprend: 1° des membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent. (Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.)

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

B. — Renseignements. — Voyages et excursions

I. *Jusqu'à Marseille.*

Les congressistes se rendront individuellement jusqu'à Marseille. La réduction de tarif que les compagnies de chemin de fer français consentent chaque année aux congressistes a été demandée cette année pour se rendre à Marseille, port d'embarquement.

II. *De Marseille à Tunis et retour sur Marseille.*

Vu le nombre restreint des courriers hebdomadaires, le nombre limité des places à bord de chaque paquebot et l'encombrement habituel des bateaux à cette époque de l'année, les arrangements suivants, approuvés par le Comité permanent (séance du 28 octobre), ont été pris avec la Compagnie générale transatlantique :

La Compagnie générale transatlantique s'engage à assurer des places à bord pour tous les congressistes, mais à la condition formelle que la liste des passagers à transporter lui soit communiquée *fin janvier.*

Le départ se fera par les paquebots réguliers du jeudi 28 mars, direct pour Tunis, et vendredi 29 mars (via Bizerte), pour transporter en deux groupes à peu près égaux cent cinquante congressistes voyageant en 1re et 2e classe par parties égales, soit environ soixante-dix à soixante-quinze passagers à transporter par chaque paquebot. Au cas où il y aurait un nombre plus considérable de congressistes, il y aurait un paquebot supplémentaire partant de Marseille vers la même date.

Cet engagement est pris moyennant un cautionnement individuel de 35 francs en 1re classe et de 25 francs en 2e classe, qui sera perçu avant le 15 janvier, et viendra en déduction du prix que chaque congressiste payera en prenant son billet à Marseille.

Nous insistons sur la nécessité de « faire bloc » au départ, commandée par les difficultés du transport.

Ceux des congressistes qui voudraient joindre à leur voyage en Tunisie des excursions en Algérie ou en Italie devront en conséquence les faire au retour (ou alors organiser leur voyage à titre privé sans droit aux réductions et sans garantie spéciale de place sur les paquebots toujours chargés à cette époque de l'année).

(*A suivre.*)

Varia No 27

Vingt-deuxième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

(Tunis, 1er au 7 avril 1912.) *(Suite.)*

Retour sur Marseille. — Le retour sera facultatif par l'Algérie ou par la Tunisie; des places seront retenues pour les paquebots et aux ports d'embarquement choisis, à condition que ces points et jours de retour soient également fixés avant le 30 janvier. Les coupons de retour ne sont valables que pour les bateaux de la Compagnie générale transatlantique.

Prix des passages aller et retour. — Les congressistes auront à payer à Marseille *pour l'aller et retour* les prix suivants (moins le cautionnement qu'ils auront versé d'avance) : 1re classe : fr. 141.80. — 2e classe : fr. 103.20.

Départ par les paquebots du jeudi 28 et du vendredi 29 mars ou par paquebot spécial. Le retour se faisant facultativement : 1° par les paquebots ordinaires (mercredi et samedi) ou par le paquebot rapide (vendredi) à tarif plus élevé; 2° par Alger (tarif plus élevé mais sans droit de canal) ou par Tunis (droit de canal), il y aura de petits suppléments à payer au retour.

Dans ces prix sont compris *tous les frais* (passage, nourriture à bord, droit de port et de canal).

III. *Séjour à Tunis* (5 jours).

Réunions scientifiques. Visites aux établissements d'assistance. — Visites de la ville, des souks et des quartiers arabes. — Environs de Tunis : Carthage, la Marsa, le Bardo. (Le programme détaillé sera adressé à chaque congressiste.)

Les frais de séjour à Tunis doivent être estimés (hôtel et repas) de 8 à 15 francs par jour.

IV. *Excursions.*

Des excursions sont organisées pour permettre aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et de Kairouan, les antiquités de l'Afrique romaine ainsi que le Sud tunisien et ses oasis.

1. *Excursion aux ruines de Dougga* (en automobile). Une journée : 35 francs.

2. *Excursion à Kairouan* (2 jours — par chemin de fer).

Visite des mosquées. Séance d'Aïssaouas.

Prix : 1re classe, 43 francs; 2e classe, 38 francs (tous frais compris : hôtel, pourboires, transports).

3. *Excursion dans le Centre et le Sud tunisien* (5 jours 1/2).

Kairouan, avec l'excursion précédente. — Sousse : visite des catacombes d'Hadrumète. — El-Djem : visite de l'amphithéâtre. — Sfax : visite de la ville. — Gabès : l'oasis, les villages indigènes, Menzel et Djara.

En chemin de fer jusqu'à Sfax; en automobile de Sfax à Gabès.

Prix : 1re classe, 150 francs; 2e classe, 140 francs (tous frais compris : hôtels, pourboires, transports, etc.).

Retour à Tunis, le 10 avril au soir.

Ces excursions sont organisées par l'Agence Lubin; si le nombre des excursionnistes est supérieur à cinquante, ils seront partagés en plusieurs groupes.

4. *Excursion à Constantine, Biskra, Timgad et retour par Alger.* — Cette excursion bénéficiera d'une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer algériens et tunisiens à la condition de réunir un minimum de vingt partants. Pour une durée de dix à douze jours : 300 francs en 1re classe et 275 francs en 2e classe (tous frais compris : transports, hôtels et pourboires). (Devis à l'Agence Lubin.)

5. *Retour possible par la Sicile et l'Italie.* — S'adresser à l'Agence Lubin, avenue de France, 5, à Tunis.

Avis important

Les confrères désireux de se rendre au Congrès de Tunis sont donc instamment pris :

1° D'envoyer leur inscription avant le 15 janvier;

2° D'indiquer la classe qu'ils choisissent à bord;

3° D'adresser au Secrétaire général, avec le montant de leur inscription, le cautionnement afférent à la classe choisie à bord;

4° De désigner le jour et le port d'embarquement pour leur retour, s'ils veulent avoir des places retenues à bord.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au docteur Porot, rue d'Italie, 5, à Tunis.

